81.

22500451025

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM
Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

COMITÉ DE RÉDACTION :

Dr P. BERGER
Professeur à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine.

Dr A. CARTAZ
Secrétaire
de la rédaction.

Dr H. RENDU
Agrégé de la Faculté de Médecine
Médecin des hôpitaux.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ARROU, BALZER, BARTH, J. BEX, BOURGES, BRINON (DE), BROCA, CART, CHAUFFARD, DASTRE, DEBOVE, DREYFUS-BRISAC, MATHIAS DUVAL, FREDERICQ, FRENKEL, GALLIARD, GIRAUDEAU, GRANCHER, R. JAMIN, LANDOUZY, LEFLAIVE, H. LEROUX, LYON, MATHIEU, MAUBRAC, MERKLEN, MOSNY, NICOLAS, OZENNE, CH. PÉRIER, PORAK, J. RENAUT, RETTERER, RICKLIN, ROHMER, F. TERRIER, THIBIERGE, TISSIER, WALTHER, WINTER.

VINGT-CINQUIÈME ANNÉE

TOME XLIX

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1897

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll. No.	

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XLIX

ANATOMIE.

Traité, *Duval*, 1. — Cellule, *Muenden*, 2; *Reinhard*, *Schulze*, *Balbiani*, *Henneguy*, 3. — Système nerveux, *Sczawinska*, *Gaule*, *Lewin*, *Tuckett*, 4; *Fuerst*, *Meyer*, 5; *Retzius*, *Dogiel*, 6; *Apolant*, 7; *Studnicka*, *Holtzmann*, 8; *Apolant*, *Rouget*, 9. — Pigment, *Fischel*, 9. - Œil, *Abelsdorff*; poumon, *Hansemann*; rein, *Maresch*, *Schwalbe*, *Solger*, 11; *Pettit*, 12. -- Pancréas, *Laguesse*, 13. — Bourses muqueuses, *Retterer*, 15. — Embryologie, *Duval*, 16.

PHYSIOLOGIE.

Système nerveux, *Wertheimer*, *Lepage*, 17; *Langley*, *Gotch*, *Macdonald*, *Eve*, 19; *Kokin*, *Hédon*, *Langley*, *Anderson*, 20; *Courtade*, *Guyon*, 21. — Circulation et sang, *While*, *Magnus*, 22; *Pickering*, *Lewes*, 23; *Delezenne*, 24; *Barlow*, 25; *Leathes*, *Starling*, 26. — Lymphe, *Mendel*, *Athanasiu*, *Carvallo*, *Charrin*; muscle, *Chauveau*, 27 et 28; *Schnyder*, *Joachimsthal*, *Haycraft*, *Paterson*, 29. — Respiration, *Laulanié*, *Filehne*, *Rionka*, 30; *Schumburg*, *Zuntz*, *Lewinstein*, *Lewandowsky*, 31; *Aron*, *Landergren*, 32. — Alimentation et digestion, *Ellinger*, *Nutall*, *Thierfelder*, 33; *Pflueger*, *Joukoff*, *Tangl*, 34; *Voit*, *Friedlaender*, *Battelli*, 35; *Asher*, *Lusher*, *Charrin*, *Desgrez*, *Pavy*, *Paton*, 36; *Starling*, *Nosse*, 37; *Mendel*, *Reid*, 38; *Ballance*, *Edmunds*, *Muscatello*, 39. — Absorption, *Adler*, *Meltzer*, *Huber*, 40. — Acide urique

Ebstein, *Nicolaier*, 40. — Pancréas, *Popielski;* rate, *Schaefer*, *Moore*, 41. — Vision, *Koester*, *Epstein*, 42; *Ogneff*, *Loeb*, 43. — Oreille, *Ewald*, *Willgerodt;* nez, *Saenger;* trachée, *Calvert*, 44. — Thyroïde, *Edmunds*, *Schœndorf;* parotide, *Schaefer*, *Moore;* réflexes, *Gotch*, 45; *Vertvorn*, 46.

CHIMIE MÉDICALE.

Sang, *Reid*, 46; *Schultz*, *Bremer*, *Lépine*, *Lyonnet*, 47. — Lait, *Umikoff*, *Soldner*, *Camerer;* acides, *Dormeyer*, 48. — Suc gastrique, *Ferrannini;* bile, *Dufourt*, *Doyon*, *Hugounenq*, 49. — Caséine, *Salkowski;* urine, *Gérard*, *Garrod*, *Hopkins*, *Colls*, 50: *Winter*, *Bossan*, 51; *Leidié*, *Ulrich*, 52. — Champignons, *Bourquelot*, 52. — Typhoïde, *Robin*, *Binet;* liquide cérébro-spinal, *Zanier*, *Cavazzani;* thyroïdectomie, *Ducceschi*, 53. — Saignée, *Mariotti;* fer du foie, *Charrin*, *Lapicque;* émail des dents, *Tomes*, 54.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Inflammation, *Neumann*, 55; *Krompecher*, *Brosch*, 56. — Pigmentation, *Marotte*, 56. — Cancer, *Pianese*, *Mathis*, 57; *Gallet*, *Deschamps*, *Rebulet*, *Manichow*, *Marie*, 58; *Dietrich*, *Paviot*, *Gerest*, *Bard*, 60. — Dégénérescence médullaire, *Rothmann*, 61; *Rosin*, 62. — Sable du cerveau, *Meyer;* névrite, *Finotti*, 62; *Berg*, *Kahnis*, 63; *Howald*, *Geyer*, 64. — Myocardite, *Weber*, *Blind*, 64. — Lésions des vaisseaux, *Morsezewska*, *Hilbert*, 65. — Moelle osseuse, *Arnold*, 66. — Tuberculose, *Koekel*, *Meyer*, 67. — Absence du rein, *Ballowitz;* atrophie des os, *Stœltzner;* adénome du foie, *Marckwald*, 68. — Cirrhose, *Œstreich*, 69. — Thyroïde, *Muller;* goitre, *Farner*, 70.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Traité, *Crookshank*, 71.— Toxines et infection, *Hugenschmidt*, 72; *Marnier*, *Chelmonski*, *Trambusti*, *Comba*, *Charrin*, 73 ; *Gley*, *Charrin*, *Weiss*, 74 ; *Leclainche*, *Béclère*, *Ménard*, 75. — Staphylocoque, *Denys*, *de Velde ;* streptocoque, *Homen*, 76.—Pneumocoque, *Caprara;* tuberculose, *Jackh*, *Auclair*, 77.— Diphtérie, *Nicolas*, *de Croly*, *Gibier*, 78; *Donald Trambusti*, 79; *Bernheim*, *Folger*, *Kanthack*, *Cantani*, 80. — Saccharomycose, *Busse*, 80 ; *Curtis*, 81. — Charbon, *Kasparek ;* muguet, *Charrin*, *Ostrowsky*, 82. — Tétanos, *Blumenthal ;* choléra, *Pfeiffer*, *Kolle*, 82. — Typhoïde, *Courmont*, 83. — Pourriture d'hôpital, *Vincent*; lithiase biliaire, *Fournier*, *Claude*, 84. — Kératite, *Grawitz*, 85. — Passage à travers le diaphragme, *Sulzer ;* phlébite, *Freudwiller*, 86. — Embolie, *Lamy ;* paludisme, *Manson ;* typhoïde, *Reed*, 87. — Leucémie, *Bonvicini ;* maladie d'Addison, *Boinet*, *Charrin*, *Langlois*, *Gottlieb*, 88.— Anastomose intestinale, *Cornil*, *Chaput ;* splénectomie, *Gabbi*, 89. — Anguillule, *Teissier*, 90.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Acides dilués, *Dunlop ;* calcium, *Horne*, 90. — Hémol, *Bartelt ;* sanoforme, *Schlesinger ;* formaldéhyde, *Bohl*, 91. — Alcool, *Benedicenti ;* nicouline, *Boinet ;* caféine, *Sackur*, 92. - Phosphore, *Kissel ;* brome, *Sterling ;* acide borique, *Catrin*, 93. — Absorption cutanée, *Guinard ;* bains tièdes, *Breitenstein*, 94.— Digitale, *Brunton*, *Tunnicliffe ;* pituitaire, *Mairet*, *Bosc*, 95. — Empoisonnements, *Straub*, *de Montmollin*, *Ehrlich*, *Lidenthal*, *Henn*, 96 ; *Lancereaux*, 97.

THÉRAPEUTIQUE.

Tuberculose, *de Renzi*, 97 ; *Boinet*, 98. — Pneumonie, *Blumenau*, *Branthomme*, *Corin*, 98. — Pleurésie, *Leoni*, *Farinati ;* sueurs, *Combemale*, 99. — Diphtérie, *Holt*, *Northrup*, *Ehrlich*, *Adams*, *Strassmann*, *Langerhans*, *Escherich*, *Perrin*, 100; *Sœrensen*, *Bernheim*, *Kruelkmann*, 102 ; *Rosenbach*, 103. —

Coqueluche, *Rosco*, *Maestro;* thyroïdothérapie, *Irsai*, *Vas*, *Gara*, 103; *Treupel*, *Gioffredi*, *Mahille*, 104. — Anémie, *Consigli*, *Schmidt*, 105; *Dieballa*, 106. — Cardiopathies, *Sainsburg*, *Reich*, 106. — Gaïacol, *Colleville;* ulcère stomacal, *Crämer*, *Witthauer*, 107. — Orexine, *Hufter;* diabète, *d'Arsonval*, *Charrin;* mal. d'Addison, *Œstreich;* néphrite, *Fornaca*, 108. — Typhoïde, *Artaud*, *Funck*, 109. — Actinomycose, *Friedrich;* noma, *Galliard;* rhumatisme, *Bergamoschi*, 110. — Ponction lombaire, *Wentworth*, *Mangianti*, 111; *Lenhartz*, 112. — Cancer, *Giallouly*, *Trombetta*, *Hirschfeld*, 112. — Ovaire, *Touvenaint*, 113.

HYGIÈNE.

Services d'hygiène, *Kusy*, *Harsu*, *Korosi*, 113. — Hygiène urbaine, *Knauff*, *Wilke*, *Prokowsky*, 114. — Hôpitaux, *Schaper*, *Wallich*, *Rubner*, *Engelmann*, *Rumpel*, *Zimmermann*, *Rumpf*, *Igl*, *Dumesnil*, *Mendelsohn*, 116. — Tuberculose, *Eber*, *Gutmann*, *Nocard*, *Aronson*, *Eberlein*, 119. — Logements, *Dreifuss*, *Mangoldt*, *Guttstadt*, *Groothoff*, *Sthal*, *Schmidt*, 122; *Régnier*, *Schubert*, 123; *Talayrach*, *Dargelos*, *Wurm*, *Schubert*, *Bitter*, *Gutzmann*, *Griesbach*, *Mounard*, *Zadek*, *Axenfeld*, *Leuch*, *Forel*, 124. — Eaux d'égout, ordures ménagères, *Weyl*, *Murggraaf*, *Busing*, *Kretzchmor*, 128; *Vallin*, *Mettler*, *Staub*, 129; *Guttstadt*, *Vogel*, *Vallin*, *Génis*, 131. — Zoonoses, *Semmer*, 134. — Empoisonnements, *Gaffky*, *Planchon;* épine, *Reverdin*, 135.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Traités, *Brouardel*, *Charrin*, 136. — Maladies du système nerveux : *Rosin*, *Laehr*, 137; *Chipault*, *Mouratow*, *Boulogne*, 138; *Remlinger*, *Mirallié*, *Roxburgh*, *Collis*, 139; *Glogner*, *Denigès*, *Sabrazés*, 140; *Aurand*, *Frenkel*, 141. Maladies des vaisseaux : *Cavazzani*, *Castellino*, 141; *Boari*, *Otto*, 142; *Ziegler*, *Coratcotckian*, 142; *Franck*, *Lœser*, 144. — Appareil respiratoire : *Claisse*, *Thouvenin*, *Holmes*, *Denison*, 145; *Stein*, *Abmann*, *Palamidessi*, *Malenchini*, *Descazals*, *Morange*, *Delamare*, *Gilbert*, *Fournier*, *Lancereaux*, 146; *Moizard*, *Milian*, 149. — Appareil digestif : *Hirtz*, *Lesné*, *Pariser*, *Carpentier*, 150; *Huber*, *Oddo*, *Porte*, 151. — Typhoïde, *Courmont*, *Haushalter*, *Widal*, *Sicard*, 152; *Villiés*, *Battle*, *Thiroloix*, *Dieulafoy*, *Widal*, 153; *Kilduchewski*, 154. — Paludisme, *Laveran*, *Boisson*, 154. — Rhumatisme, *Chauffard*, *Ramon*, *Maclagan*, 155. — Diphtérie, *Souvestre;* onychographie, *Herz;* nécrose graisseuse, *Fraenkel*, 156.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Prurit, *Ruge*, 157. — Épanchements pelviens, *Condamin*, *Hussenstein*, *Castan*, *Dupouy*, 158; *Pichevin*, *Pettit*, *de Villiers*, *Thérèse*, *Vautrin*, 159; *Bouilly*, *Saenger*, 160. — Dilatation, *Auvard;* massage, *Leder*, 162. — Hernies, *Berger*, 163. — Prolapsus, *Bouilly*, 164; *Rissmann*, 165; *Pecquey*, *Jayle*, 166. — Déviations, *Pozzi*, *Polk*, *Kuestner*, 167; *Condamin*, 169. — Fibrome, *Ricker*, *Témoin*, 170; *Delbet*, *Heresco*, *Hartmann*, *Mignot*, *Laroche*, 171; *Legueu*, *Lallemand*, *Zangemeister*, 172. — Hystérectomie, *Laroyenne*, *Claret*, 173; *Gottschalk*, 174. — Muqueuse utérine, *Ratchke*, 174; grossesse et traumatisme, *Ozenne*, 175. — Opération de Duhrssen, *Meyer*, *Wyder*, 176. — Névrite puerpérale, *Kœster*, *Johansen;* diarrhée, *Comdio;* syncope, *Stapfer;* grossesse quintuple, *Hibbs*, 177. — Pneumonie, *Schuhl*, *Gaulard;* accouchement provoqué, *Kossmann*, 178. — Lithopédion, *Olshausen;* éclampsie, *Leusden*, 179. — Etat puerpéral, *Pinard*, *Wallich;* opération césarienne, *Dührssen*, 180.

MALADIES DES ENFANTS.

Thrombose, *Marfan;* hémiplégie, *Féré;* tétanie, *Kalischer*, 181. — Paralysie, *La Bonnardière;* herpès, *Gillet;* stomatite, *Beco;* néphrite, *de Michele*, *Thomas*, 182. — Cardiopathie, *Leubuscher;* diphtérie, *Nowak*, 183; *Mueller*, *Manicatide;* rhumatisme, *Adams*, 184. — Ostéomalacie, *Meslay;* cyphose, *Chipault*, 185. — Sarcome, *Cabot;* fractures, *Dittmer;* hydatide du corps thyroïde, *Nedwill*, 186.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Eleidine, *Buzzi*, *Frickenhaus;* acides phénique et salicylique, *Hodara*, *Frickenhaus*, 187. — Dermatite, *Philipson*, *Tcrok*, *Gaucher*, *Claude*, 189. — Kystes, *Dubreuilh*, *Auché;* épithélioma, *Gaucher*, *Campana*, *Degola*, *Bauer*, 190. — Lupus, *Hallopeau;* lèpre, *Gravagna*, *Petersen*, *Blaschko*, *Joseph*, *Kuester*, 191; *Spiegel*, 193; *Scagliosi*, *Gallay*, 194. — Psoriasis, *Bernay*, *Piéry*, *Kusnitzky*, 194. — Kératose, *Dubreuilh;* xéroderme, *Falcao*, *Gagey*, 195. — Lichen, *Hallopeau*, *Bureau;* prurigo, *Besnier*, *Brocq*, 196. — Xanthome, *Gans;*

ainhum, *Zambaco*, *de Brun*, 197. — Ioduride, *Canuet*, *Barasch*; gale, *Jullien*, *Descouleurs*, 198. — Syphilis, *Feulard*, 198; *Valerio*, *Redaeli*, 199; *Sticker*, *Fournier*, 200; *Neisse*, *Tarnowsky*, 202; *Fournier*, *Krœnig*, *Brunsgaard*, 203; *Pellizzari*, *Greene*, *Baer*, *Sprecher' Thibierge*, 204; *Lane*, *Feibes*, 205. — Chancre mou, *Balzer*, 205. — Blennorragie, *Jullien*, *Valerio*, *Goldberg*, *Millet*, 206; *Werner*, *Boltz*, 207.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traité, *Le Dentu*, 207. — Anesthésie, *Lenoble*, *Costa*, 208. — Pansement, *Reclus*; lésions du crâne et du rachis, *Gourdiat*, 209; *Krogius*, *Schwartz*, *Chipault*, *Luebeck*, 210; *Kirmisson*, *Enderlen*, 211; *Fischer*, *Vitrac*, 212; *Wagner*, *Chipault*, 213; *Baehr*, *Vulpius*, 214. — Lésions des nerfs, *Abbe*, 215; *Ruotti*, *Schwartz*, *Drouard*, 216; *Delagenière*, *Angerer*, 217; *Thomas*, *Sabrazés*, *Monnier*, *Kuttner*, 218; *Tietze*, *Moty*, 219; *Pfister*, *Armand*, *Abadie*, *Jonnesco*, 220; *Rochet*, *Schmidt*, *Reclus*, 221. — Torticolis, *Hendrix*, *Bloch*, *Hartmann*, 222. — Mamelle, *Munn*, *Huguency*, *Ritschl*, 223. — Septicémie, *Berlin*, 224. — Lésions des os et des articulations, *Helferich*, *Canon*, *Karewski*, *Lexer*, 225; *Jordan*, *Barth*, 226; *Mondan*, 227; *Loison*, *Stieda*, 228; *Meyer*, *Kraske*, *Allis*, *Koelliker*, 229; *Broca*, *Kehr*, 230; *Wyeth*, *Bohl*, 231; *Delagenière*, *Schultz*, 232; *Ménard*, *Isnardi*, *Kirmisson*, 233; *Forgue*, 234; *Karewski*, *de Quervain*, 235; *Périmoff*, 236. — Lésions du tube digestif : *Kader*, 237; *Jaboulay*, *Briau*, *Ewart*, *Bennett*, 238; *Perret*, *Jaboulay*, 239; *Lejars*, 240; *Tuffier*, 241; *Longuet*, *Jeannel*, *Vautrin*, *Kehr*, *Wadle*, 242; *Lejars*, *Auvray*, *Terrier*, 243; *Ahlenstiel*, *Pierson*, *Stephan*, 245; *Graff*, *Kuemmel*, 246; *Heydenreich*, *Jonnesco*, *Duplay*, *Cazin*, 247; *Heydenreich*, *Cahier*, 248; *Tuffier*, *Martinow*, 249; *Samner*, *Quénu*, *Longuet*, 250; *Gangolphe*, *Willems*, *Gaudier*, *Chalot*, *Chaput*, 251. — Maladies des voies urinaires : *Bazy*, *Brinon*, 252; *Piedvache*, *Hallé*, *Lotheissen*, 253; *Bensa*, *Legrand*, *Privat*, *Imbert*, *Lardy*, 254; *Rochet*, *Durand*, *Camero*, *Lipowski*, 255; *Vlaccos*, *Regnolds*, 256; *Montprofit*, *Pousson*, *Legueu*, *Chapuis*, 257; *Pozzi*, *Greiffenhagen*, *Niehans*, 259; *Cabot*, *Bryson*, *Wassermann*, *Kleesmaecker*, 260; *Pourtier*, *Olshausen*, 261; *Kronacher*, *Pousson*, *Sakur*, 263; *Loumeau*, *Bazy*, *Flœrsheim*, *Dassonville*, *Touillon*, *Nové-Josserand*, 265; *Cabot*, *Brysson*, 266; *Lauenstein*, *Capdepon*, *Vitrac*, *Guiteras*, 267; *Delore*, *Macaigne*, *Vanverst*, *Chevrolle*, 268; *Delorme*, *Baumgaertner*, *Heinrichs*, *Blanc*, 269. — Hydatide, *Debaisieux*, *Colleville*; actinomycose, *Poncet*, *Duguet*, 270. — Mélanose, *Ebermann*; face, *Terrier*, 271. — Lésions du poumon, *Annequin*, *Smith*, *Treves*, *Delorme*, 272. — Anévrisme, *Blacque*, *Guinard*, 273; *Bignamo*, 274. — Péricardite, *Robinson*, *Ewart*; parotide, *Josserand*, 274. — Tube digestif, *Schmiegelow*, *Bert*, *Girard*, *Guelliot*, 275; *Fontan*, *Jonnesco*, 276. — Thrombose, *Gluck*, 276. — Epilepsie, *Sachs*, *Gerster*; nerfs, *Murphy*, 277. — Goitre, *Berndt*, *Rivière*; paralysie, *Drobnik*, 278. — Hépatite, *Delbet*; catgut, *Hofmeister*; fractures, *Markees*, 279. — Nécrose du maxillaire, *Faisst*; hernie, *Championnière*, *Peyrot*, 280; *Verneuil*, *Bousquet*, 281.

OPHTALMOLOGIE.

Traité, *Truc*, *Valude*, 281. — Diffusion, *Bellarminoff*, *Dolganoff*, 282. — Massage, *Gieure;* lésions par l'accouchement, *de Wecker;* cancer, *Trousseau*, 283. — Ophtalmie, *Heim*, *Pflueger*, 284. — Rétinite, *Possauer*, 285. — Myopie, *Lawford*, *Février*, *Bock*, *Jankowski*, *Pfluger*, *Eperon*, 286. — Ophtalmométrie, *Sulzer;* cécité chromatique, *Kries*, 287. — Voies lacrymales, *Bardelli*, *Laffoy*, *Baquis*, *Lagrange*, 288. — Kératites, *Hoor*, *Zimmermann*, *Shirmer*, *Nuel*, 289; *Randolph*, 290. — Hémorragies, *Linde;* choroïdo-rétinites, *Vignes*, *Batuaud*, 290; *Nasanson*, *Granclément*, 291. — Glaucome, *de Wecker*, *Schœn*, 291; *Antonelli*, 292. — Névrite, *Parinaud*, *Bernhardt*, *Oppenheim*, 292. — Opthalmie, *Pfister*, *Pfluger*, 293; *Stocker*, 294. — Cataracte, *Pinto*, *Kriwitzki*, 295; rétinite, *Modestoff;* tuberculose, *Manz*, 295. — Cancer, *Hirschberg*, *Birnbacher*; paralysie, *Armaignac*, 296.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Angine, *Dubois*, 296; *Monnier*, *Guimbretière*, 297. — Amygdales, *Botey*, *Wrigt*, 297; *Stirling*, *Deichert*, *Logucki*, 298; *Piergili*, 299. — Pharynx, *Fronhœfer*, *Farlow*, 299; *Gillette*, *Geronzi*, 300. — Nez, *Eeman*, *Bayer*, *Delteil*, *Pierce*, 300; *Abercrombi*, *Fraenkel*, *Capart*, *Delsaux*, *Buys*, 301; *Arslan*, *Catterina*, *Chiucini*, *Bois*, 302; *Moure*, *Wagner*, *Avellis*, 303. — Larynx, *d'Astros*, 303; *Bark*, *Poulet*, *Charmeil*, 304; *Ferreri*, *Lohrstoffer*, 305; *Stocker*, 306. — Oreille, *Bonnier*, *Feré*, 306; *Rabiner*, *Wurdemann*, *Sheppegrell*, *Milligan*, 307; *Grizoni*, *Stern*, *Dahlgren*, 308. — *Breitung*, *Lannois*, *Jaboulay*, 309.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 310.

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XLIX

ANATOMIE.

Système nerveux, *Ziehen*, *Staderini*, 401 : *Stoehr*, *Zander*, 402 ; *de Moor*, *Argutinsky*, *Acquisto*, *Pusateri*, 403 ; *Szymonowicz*, *Popowsky*, 404 ; *Ploschko*, *Zander*, 405. — Lymphatiques, *Camus*, *Gley*, *Ranvier*, 406 ; *Boddaert*, *Ranvier*, 407. — Sang, *Israel*, *Pappenheim*, 407 ; *Hamburger*, 408 ; *Neumann*, 409. — Système vasculaire, *Triepel*, *Soulié*, *Raynal*, 410. — Thyroïde, *Galeotti*, *Kohn*, 411. — Pancréas, *Brachet*, 412, *Franz*, 413. — Rate, *Richet*, *Picou ;* intestin, *Sacerdotti*, 414 ; *Mauclaire*, *Mouchet*, 415. — Rétine, *Cajal*, 415. — Vessie, *de Rouville*, 416. — Testicule, *Plato*, *Hansemann ;* ovaire, *Janosik*, 417. — Allantoïde, *Corning ;* muscle ventral, *Fischel*, 418. — Muscles spinaux, *Debierre*, *Lemaire ;* embryologie, *Duval*, 419. — Dentition, *Launois*, *Branca*, 420.

PHYSIOLOGIE.

Système nerveux, *Wertheimer*, *Lepage*, 420 ; *Vitzou*, *Langlois*, *Hallion*, *Comte*, 421 ; *Contejean*, *Franck*, 422 ; *Morat*, *Dufourt*, *Binet*, *Sollier*, 423. — Circulation, *Bottazzi*, *Engelmann*, *Rouget*, 424 ; *Courtade*, *Hallion*, *Comte*, *Wertheimer*, *Delezenne*, 425 ; *Gley*, *Wertheimer*, 426 ; *Haldane*, *Smith*, *Tcherevkoff*, *Viola*, *Iona*, *Abelous*, *Biarnes*, 427 ; *Abelous*, *Biarnes*, 428 ; *Lewy*, *Dastre*, *Floresco*, *Paulesco*, 429 ; *Abelous*, *Gley*, *Pachon*, *Dastre*, 430 ; *Arthus*, *Thompson*, *Camus*, 431 ; *Gley*, *Richet*, 432 ; *Hamburger*, 433. — Nu-

trition et ferments, *Zuntz*, *Gebhardt*, *Arthus*, 433; *Lapicque*. 434; *Dastre*, *Floresco*, *Hamburger*, 435; *Moore*, *Rockwood*, *Hegen*, *Zuntz*, 436; *Morat*, *Dufourt*, *Hédon*, *Kaufmann*, 437; *Kaufmann*, 438, *Rosenberg*, *Laudenbach*, *Doyon*, 439. — Salive, *Hofbauer;* sécrétion urinaire, *Delezenne*, *Genouville*, *Wertheimer*, 440; *Lambert*, 441. — Respiration, *Wilmans*, *Benedicenti*, 441; *Lewandowsky*, *Speck*, 442; *Castex*, *Meyer*, 443; *Bergmann*, *Castex*, 444.— Muscle, *Seegen*, 444; *Schumburg*, *Hering;* réfrigération, *Lefèvre*, 445. — Vision, *Charpentier;* articulation, *Bordier*, 446. — Fer, *Stockmann*, *Greig;* uretères, *Protopopow*, 447. — Injections salines, *Kœppe*, 448.

CHIMIE MÉDICALE.

Sang, *Cohnstein*, *Michaelis*, *Hanriot*, 449; *Greco*, *Karfunkel*, *Dieballa*, 450; *Jolles*, *Williamson*, *Lyonnet*, 451. — Peptone, *Zinn;* albumoses, *Cohnheim*, *Kohlenberger*, *Drechsel*, 452.— Matières extractives, *Abelous;* enzymes, *Fermi;* nitrites, *Haldane*, *Makgill*, *Mavrogordato*, 453. — Estomac, *Stickel;* lait, *Jager*, *Hamburg*, 454.— Thyroïde, *Hutchinson*, *Weils;* suc pancréatique, *Halliburton*, *Brodie*, 455. — Sueur, *Arloing;* sucre, *Rœbner;* graisse, *Schulz*, 456. — Urines, *Charrin*, *Vialla*, *Arnaud*, *Voirin*, *Lambert*, 457; *Zabel*, *Laquer*, 458; *Masoin*, *Tenbaum*, *Stokvis*, *May*, 459; *Guilhon*, *Kaufmann;* leucémie, *Van der Wey*, 460. — Putréfaction, *Luzatto;* concrétion stomacale, *Garnier*, 461.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Traité, *Letulle*, 461. — Inflammation, *Cornil*, 462; *Ranvier*, 463; *Galeotti*, 464. — Aspergillose, *Rénon*, 464. — Système nerveux, *Van Lair*, 466; *Mingazzini*, *Saxer*, 467; *Tedeschi*, *Bœdeker*, *Juliusburger*, 468; *Teichmuller*, *Lubarsch*, 469. — Cancer, *Goldmann;* caillot sanguin, *Hayem*, 470. — Leucocytolyse, *Botkin;* thrombose, *Helbing*, 471. — Lésions cardiaques, *Nadejdine*, *Leyden*, *Kaiserling*, *Verworn*, 472; *Natanson*, 473. — Paludisme, *Ferrier;* gastrites, *Hayem*, 473. — Cirrhoses, *Schmidt*, *Letulle*, *Heukelom*, 474. — Pleurésie, *Cornil*, 475. — Trichinose, *Ehrhardt*, 476. — Corps articulaires, *Berthier*, *Sieur*, 477.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Thyroïde, *de Luca*, *d'Angerio*, *Baumann*, *Goldmann*, *Roos*, 477; *Irsai*, *Rouxeau*, 478; *Hanau*, 479. — Iridectomie. *Massant;* cornée, *Goeke*, 479; *Scheik*, 480. — Injections pleurales, *Lamandé;* péritonite, *Vassilewsky*, 480; *Gatti*, 481. — Ligature du cholédoque, *Dolganoff*, uretères, *Likhatscheff*, 481. — Froid, *Carrière*, *Castets;* néphrite, *Laroche*, 482. — Bactériologie, *Klein*, *Schattenfroh*, *Arloing*, *Laulanié*, 483; *Roger*, *Calmette*, *Delarde*, 484; *Bosc*, *Delezenne*, *Colla*, 486. — Tuberculose, *Carrière*, *Eberth*, *Preisz*.— Diphtérie, *Fenyvetsy*, *Smirnow*, *Kuhnan*, 487; *Trumpp*, *Martini*, *Gourmont*, *Doyon*, 488; *Faguet*, *Mollard*, *Regaud*, 489. — Streptococcie, *Raczynski*, *Bosc*, *Vedel*, 490. — Typhoïde, *Chantemesse*, *Remlinger*, *Schneider*, 491; *Piorkowski*, *Bordano*, *Wasbutzki*, *Breuer*, 492. — Typhus, *Levaschew*, 494. — Pneumobacille, *Grimbert*, *Nicolle*, *Halipré*, 494. — Streptocoque, *Ernst;* trypanosome, *Rouget*, 495. — Fièvre récurrente, *Gabritschewsky*, 496. — Eurotiosis, *Laborde*, 497.— Morve, *Nocard;* peste, *Yersin*, 498. — Choléra, *Maschewsky*, 499. — Pourriture d'hôpital, *Vincent*, *Cayou;* pyohémie, *Arloing*, *Chantre*, 500. — Charbon, *Liakhovetsky;* variole, *Freyer;* extrait de foie, *Mairet*, *Vires*, 501.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Absorption des médicaments, *Scanzoni*, *Farsteiner;* bile, *Jardon*, 502. — Protogène, *Blum*, *Deucher*, 503. — Spermine, *Epifanoff;* digitale, *Deucher*, *Piotrowska*, 504. — Eucasine, *Salkowski*, *Laquer*, 505. — Eucaine, *Pouchet*, *Vogt*, *Reclus*, *Legueu*, *Lihou*, 506.— Strychnine, *Delezenne*, *Meltzer*, coronilline, *Schlagdenhauffen*, *Reeb*, 507. — Atropine, *Unverricht;* théobromine *Margouliss;* chélidoine, *Meyer*, 508. — Sanoforme, *Arnheim;* apiol, *Dullière;* asaprol, *Massalongo*, *Silvestri*, 509. — Bicarbonate, *Debains;* salicylate, *Strat;* phénols, *Binet*, 510. — Thyroiodine, *Hildebrandt*, *Frenkel*, 511. — Empoisonnements, *Pilliet*, *Langlois*, 511; *Phisalix*, *Bertrand*, 512; *Rendu*, *Briquet*, 513; *Dalché*, *Ringer*, *Dimsey*, *Kœlin*, 514; *Lucas*, *Richardière*, *Rachford*, 515.

THÉRAPEUTIQUE.

Injections, *Roger*, *Barbier*, *Deroyer*, 516; *Fourmeaux*; bains d'air, *Chrétien*, 517.— Diphtérie, *Petit*, *Ausset*, *Wells*, *Biggs*, *Guérard*, 518; *Maurel*, 519. — Pneumonie, *Burneff*, *Mays*, 519. — Tuberculose, *Paquin*, *Cattaneo*, 520; *Krahn*, *Stockman*, 521. — Thyroïde, *Levy*, 521; *Busch*, *Sabrazès*, *Carrière*, *Lichtwitz*, 522; *Todd*, *Svehla*, 523. — Choléra, *Blachstein*, 523. — Digitale, *Papas*; spartéine, *Cottam*; copahu, *Volanski*; papaine, *Grose*, 524.— Diabète, *Maurel*; néphrite, *Myszynska*; typhoïde, *Robin*, *Binet*; chlorose, *Spilmann*, *Etienne*; ferripyrine, *Schæffer*, 525. — Migraine, *Fuchs*; chorée, *Hubrecht*; névralgie, *Dana*, 526. — Ponction lombaire, *Wentworth*, *Seegelken*, *Straus*, 527. — Lymphadénome, *Fernet*; eucaine, *Yarrow*, 527. — Airol, *Koretzki*; argent, *Credé*, 528. — Cancer, *Stone*, *Warren*, 529.

HYGIÈNE.

Dermographie, *Vincent*, *Burot*, 529; *Surmont*, *Prédhomme*, *Morax*, 530. — Rage, *Proust*, *Morax*, 531. — Choléra, typhoïde, *Arloing*, 532; *Thoinot*, *Dubief*; cyclisme, *Mudler*; désinfection, *Christen*, *Renwood*, 533; *Bosc*, *Bataillé*, *Vaillard*, *Lemoine*; viandes, *Ostertag*, *Reissmann*, 534. — Constructions, *Gerhard*, *Nussbaum*, *Gotschlich*, 535. — Chauffage, *Moeller*, *Richard*, 537. — Eclairage, *Collan*, *Dennstedt*, *Ahrens*, *Rubner*, *Schutt*, 538. — Bains, *Guttstadt*, *Baginsky*, *Dumesnil*, 540. — Goutte, *Proust*, *Mathieu*, 542.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Maladies du système nerveux, *Hallervorden*, *Grasset*, 543; *Maack*, *Lochte*, *Dumarest*, 544; *Higier*, *Raymond*, *Souques*, 545; *Leyden*, *Kiefer*, 546; *Jemma*, *Lévi*, 547; *Hoche*, 548; *Westphal*, 549; *Bosc*, *Lafontaine*, 550; *Grabower*, *Fuerstner*, 551; *Sollier*, *Murray*, 552. — Maladies du système vasculaire, *Marie*, *Charrier*, *Appert*, *Franck*, *Leube*, 553. — Maladies de l'appareil respiratoire, *Meunier*, 554; *Ascoli*, *Smith*, 555; *Leclerc*, *Bouchard*,

556. — Maladies de l'appareil digestif, *Chauffard*, *Bouté*, *Rolleston*, *Fenton*, *Vinot*, 557; *Oppler*, *Kulz*, *Hirschfeld*, 558; *Boinet*, *Job*, 559. — Typhoïde, *Courmont*, *Charrier*, *Appert*, *Catrin*, 560; *Dime*, *Dwouieglazoff*, *Platonoff*, 561; *Widal*, *Sicard*, *Johnston*, *Taggart*, *Bormans*, *Weinberg*, *Mossé*, 562; *Greene*, *Nicolle*, *Halipré*, *Beco*, 564; *Haushalter*, *Jez*, *Achard*, *Bensaude*, 565; *Dieulafoy*, *Lereboullet*, 566; *Hawkins*, 567. — Néphrite, *Debray*, *Glénard*, 567; *Macaigne*, *Arnozan*, *Talamon*, 568; *Maurel*, *Castets*, 569. — Diphtérie, *Ranke*, *Roger*, 570; *Sharp*, 571. — Rougeole, *Eonnet;* choléra, *Dunbar*, 571; *Achard*, *Bensaude;* zona, *Frich;* saturnisme, *Achard;* fièvre récurrente, *Lœwenthal*, 572. — Tricocéphale, *Askanazy;* chorée, *Rousseau;* névralgie, *Féré*, 573. — Goitre, *Mackenzie*, *Edmunds*, 574.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Déviations utérines, *Bode*, *Gottschalk*, *Wertheim*, *Mandl*, 574; *Peterson*, 575; *Buschbeck*, *Ettinger*, 576. — Fistules, *Ricard;* fibromes, *Monod*, 576; *Legueu*, *Marieus*, *Cripps*, 577. — Ovariotomie, *Burckhard*, *Sokoloff;* opothérapie ovarienne, *Landau*, *Muret*, 578; *Mond*, *Jacobs*, 579. — Hémostase, *Petit;* infécondité, *Carrière;* femmes en couches, *Budin*, 580; *Heil*, 581. — Grossesse et cardiopathies, *Vinay*. — Hystérectomie, *Pinard*, *Segond*, 581; *Varnier*, *Delbet*, *Monod;* grossesse et cancer, *Beckmann*, *Noble*, 582. — Grossesse et hystéropexie, *Strassmann*, *Wertheim*, *Ruhl*, *Guérard*, 584; *Ozo*, 585. — Puerpérisme, *Bayle;* accouchements et dystocie, *Jungmann*, 586; *Bareau*, *Bishop*, *Martin*, 587; *Wahl*, *Schultz*, *Rufer*, 588; *Bellin*, *Knapp*, 589; *Pinard*, *Woyer*, *Schwarz*, 590; *Rossi*, *Daria*, 591. — Grossesse extra utérine, *Reismann*, *Choyau*, 591.

MALADIES DES ENFANTS.

Aphasie, *Brasch*, 592. — Tétanie, *Loos*, *Fischl*, *Epstein*, *Rehn*, 593; *Cassel*, *Hauser*, *Zangger*, 595; *Oddo*, 596. — Rachitisme, *Starck;* thymus, *Biedert*, *Siegel*, *Heidenhain*, 597. — Tumeur du cervelet, *Parkin;* paralysies, *Guillemot*, *Fieux*, 599. — Tuberculose, *Leichtenstern*; myocardite, *Weill*, *Barjon;* fièvre, *Sheffield*, 600. — Typhoïde, *Comby*, *Séglas;* infections, *Hutinel*, *Labbé*, 601. — Entérite, *Finkelstein*, 602; *Gordon*, *Marfan*, *Hermary*, 603. — Cirrhose, *Rolleston*; péritonite, *Israel*, 604. — Adénite, *Loser;* cancer, *Ayres*; cystites, *Trumpp*, 605; *Hutinel*, *Philippe*, 606. — Paralysie infantile, *Milliken*, 607.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Névromatose, *Chauffard*, 607; *Feindel*, 608. — Folliclis, *Hallopeau*, *Bureau;* tuberculides, *Darier*, 608; *Robeff*, *Brocq*, 609; *Woltersdorf*, 610. — Gangrènes, *Janovsky*, *Mourek;* purpuras, *Claisse*, 610; *Apert*, 611. — Dyshydrose, *Farez*, 611. — Hydroa, *Mibelli;* pemphigus, *Behrend*, 612; *Herxheimer*, *Stuve;* zona, *Rouher*, 613. — Eczéma, *Töröck*; ecthyma, *Emery*, *Gastou*, 614. — Ichtyose, *Willoughby;* angiome, *Brocq*; adénite, *Jeanty;* teignes, *Pelagatti*, 615; *Sabouraud;* gale, *Holstein*, 616. — Actinomycose, *Mac Intire*, morve, *Buschke*, érythème, *Oro;* lupus, *Nélaton*, 617. — Syphilis, *Bourges*, *Ogilvie*, *Weygandt*, *Brasch*, 618; *Bechterew*, 619; *Gasne*, *Elsner*, 620; *Phillips*, *Etienne*, 621; *Raff*, *Trifiletti*, *Tzeytline*, *Galliard*, 622; *Lafleur*, *Audéoud*, *Zeldewitch*, 623; *Tarnowsky*, *Muller-Kannberg*, *Lewin*, 624; *Giovannini*, *Colombini*, *Simonelli*, 625; *Hallopeau*, *Bureau*, 626. — Blennorragie, *d'Aulnay*, *Witkowsky*, *Heller*, 626; *Pick*, *Jacobsohn*, 627; *Wertheim*, *Keller*, *Coragcorgiades*, 628; *Griffon*, *Rille*, *Bernarbeig*, 629; *Werler*, *Schultz*, 630.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Alcoolisme, *Belval*, *Corput*, 631; *Camescasse*, *Rau*, *Bode*, 633; *Gudden*, 635; *Liepmann*, *Féré*, 636. — Crétinisme, *Parker*, 637; *Sachs*, *Marie*, *Jolly;* criminels, *Alzheimer*, 638. — Aliénation, *Soukhanow*, *Cramer*, 639; *Wrights*, 640. — Epilepsie, *Mairet*, *Vires*, *Struempell*, 640; *Thouvenet*, *Kowalewski*, 641; *Clark*, *de Montyel*, *Mairet*, *Vires*, 642.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traité, *Le Dentu*, 642. — Anesthésie, *Riedel*, *Schlatter*, 643; *Blake*, *Reclus*, *Benoît*, *Ajello*, 644. — Race noire, *Matas;* folie, *Wilson*, 645. — Catgut, *Hofmeister*, *Schæffer*, *Kossmann*, *Saul*, 646; *Senn*, 647; *Larrabie*, *Mourette*, 648. — Lésions du crâne et du rachis, *Le Dentu*, *Zeller*, 649; *Gordon*, 651; *Marcotte*, *Kœrte*, 652; *Renton*, *Angerer*, 653. Lésions vasculaires, *Valcker*, *Baracz*, 654; *Sonnenburg*, *Karewski*, *Murphy*, 655; *Lancial*, 656. — Langue,

Auche, *Carrière*, 656; *Le Nadan*, 657; maxillaire, *Baumgaertner*, 657; *Starck* 658; Goitre, *Bérard*, *Poncet*, 659; *Jaboulay*, *Abadie*, 660. — Lésions de l'appareil digestif, *Gilbert*, *Grenet*, *Marwedel*, *Hacker*, 661; *Lœvenstein*, *Franke*, *Bruns*, 662; *Greig*, *Bramwell*, 663; *Ruotte*, *Sendler*, 664; *Sutton*, *Piard*. 665; *Termets*, *Vanverts*, *Morton*, *Bogdanik*, 669; *Kœrte*, 667; *Mendy*, *Houze*, 668; *Condamin*, *Brunton*, *Bowlby*, *Clarke*, 669; *Allingham*, *Quénu*, *Sieur*, 670. — Maladies des voies urinaires, *Bazy*, *Bond*, *Tubby*, 672; *Cuff*, *Socin*, *Kolhl*, *Bottini*, 673; *Hohhkiss*, 674; *Ramond*, *Kuester*, *Lieblein*, 675. — Lésions des os, *Spengler*, *Eliot*, 676; *Duret*, *Bron*, *du Rocher*, 677; *Stettiner*, *Martin*, 678; *Février*, 679.

OPHTALMOLOGIE.

Accommodation, *Crzellitzer*; strabisme, *Dufer*, 679; *Parinaud*, *Siegfried*, 680. — Paupières, *Fick*, *Ménachem*, *Rumschewitsch*, 681. — Conjonctivites, *Gardette*, *Morax*, *Jacovidis*, 682; *Turot*, *Coppez*, *Funck*, *Ewetzky*, 683; *Spronck*, *Greef*, 684. — Kératite, *Mandonnet*, *Sgrosso*, *Pansier*, 685; *Stern*, *Niesnamoff*, *Ferraez*, 686. — Cataracte, *Pinto*, *Poulet*, 687. — Greffe, *Belt*, *Claiborne*, 688.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Anesthésie, *Horne*, *Yearsley*, rhinites, *Lévy*, 688, *Pioget*, *Guarnaccia*, *Flatau*, *Lacoarret*, *Crouzillac*, 689; *Meyer*, *Arslan*, *Gouguenheim*, *Finder*, 690; *Poli*, 691. — Sinusites, *Planchu*, *Botey*, *Michel*, 691; *Tiley*, *Wilkens*, 692; *Combe*, *Boucheron*, 693; *Mackenzie*, 694. — Angines, *Hébert*, *Riolle*, *Kramer*, *Schlesinger*, *Ardenne*, *Meyjes*, 695. — Pharyngites, *Bishop*, *Cheatham*, *Bulette*, *Griffin*, *Mc Bride*, *Broca*, 696; *Fraenkel*, *Herzfeld*, *Verstraete*, *Clopatt*, 697; *Holz*, 698; *Bolde*, *Goure*, *Declaire*, *Heymann*, 699.— Laryngites, *Gouguenheim*, *Plicque*, *Fayolle*, *Refslund*, *Hepp*, 700; *Salzburg*, *Closel*, *Collet*, *Botey*, 701; *Massei*, *Gennes*, *Griffon*, *Martuscelli*, *Mackenzie*, 702; *Hansberg*, *Grand*, *Mermet*, *Lacour*, 703; *Botey*, *Seguin*, *Bayeux*, *Guillaume*, 704.— Maladies des oreilles, *Collet*, *Laurens*, *Martha*, *Wodon*, 705; *Ebstein*, *Botey*, *Gellé*, 706; *Cozzolino*, *Luc*, *Lichtwitz*, *Tissot*, *Rivière*, *du Fougeray*, *Broca*, 707; *Poulsen*, *Hessler*, 709; *Lautenbach*, 710.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 711..

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Mathias DUVAL. Précis d'histologie (*1 vol. de 956 pages avec 408 fig., Paris, 1897*).

C'est d'une manière large et synthétique que l'auteur a conçu le plan de cet exposé de l'*Histologie* à laquelle il donne bien ainsi le caractère d'*anatomie générale*. Si le livre s'adresse essentiellement aux étudiants, la préface qui lui sert d'introduction semble avoir été écrite à l'usage des jeunes maîtres, car elle s'attache à montrer comment il faut enseigner et comment mettre en toute leur valeur les notions d'ensemble empruntées aussi bien à l'embryologie qu'à la physiologie générale.

Après avoir donné un rapide aperçu de l'histoire de l'anatomie générale, l'auteur en commence l'exposé par l'étude de la cellule, de sa division, de ses transformations et élaborations donnant lieu aux éléments des divers tissus. Alors il montre comment ces tissus, associations de cellules, dérivent de la multiplication d'une cellule primitive, l'ovule, c'est-à-dire qu'il expose les faits, aujourd'hui bien connus, relatifs à la fécondation, à la segmentation de l'œuf, à la formation du blastoderme et de ses dérivés. Cette partie de l'ouvrage est particulièrement à signaler, car nulle part ailleurs on ne trouvera un résumé à la fois aussi simple et aussi complet de cet ensemble de processus.

Mais si l'auteur attribue ainsi toute leur réelle importance actuelle aux études préliminaires d'histogénèse (blastoderme et gastrulation), ce n'est pas en suivant l'ordre et la subordination de leurs origines blastodermiques qu'il procède ensuite à l'exposé des divers tissus. Un tel plan, dit-il, serait certainement très scientifique, mais il ne serait pas didactique. Les tissus diffèrent en complexité ; les uns sont très simples (épithéliums et glandes), composés uniquement de cellules parfois très peu différenciées ; les autres, plus compliqués, renferment à la fois des cel-

lules, des fibres et des substances intercellulaires. D'autre part, certains tissus sont plus répandus, se mêlent partout aux autres et doivent être étudiés aussitôt que possible, car leur connaissance est nécessaire pour comprendre les autres. C'est conformément à ces degrés de simplicité et d'importance qu'est faite successivement l'étude des épithéliums, des tissus de substance conjonctive, puis des tissus musculaires. A ces trois grandes divisions succède une partie consacrée au sang et à la lymphe, aux vaisseaux sanguins et lymphatiques; vient ensuite l'étude du système nerveux.

On voit donc qu'en somme l'étude de l'histologie se trouve répartie en cinq grandes divisions seulement, parce que l'auteur a voulu donner des vues d'ensemble, faire véritablement de l'anatomie générale, rapprocher les parties semblables, éviter d'émietter les questions par pur amour des subdivisions symétriques.

Ainsi, dans la partie intitulée *système nerveux*, sont étudiés non seulement les éléments nerveux, mais encore ceux des organes des sens. Ce rapprochement correspond bien aux conceptions nouvelles sur les neurones sensitifs et moteurs. Résumant à cet égard les travaux récents de Ramon y Cajal et de van Gehuchten, l'auteur nous présente un exposé complet de la théorie des neurones. On verra, en particulier, comment les recherches de Ranvier, puis celles de Cajal, ont fait aujourd'hui de la rétine une des questions les plus captivantes de l'anatomie générale; là où, il n'y a que quelques années, on pouvait ne voir qu'une énumération fastidieuse de couches et d'éléments, aujourd'hui chaque cellule a sa signification morphologique telle que sa présence, sa place et ses rapports peuvent être prévus *a priori* en partant des données que fournit l'embryologie et l'histologie comparée.

Des figures de ce volume, un grand nombre sont schématiques, et ce ne seront pas les moins appréciées. « Elles reproduisent, dit l'auteur, les schémas que j'ai composés pour mon enseignement et qu'on voit paraître à mes cours. Je me suis plu à les dessiner moi-même; quand on aime l'enseignement, on l'aime sous toutes ses formes, par la parole, par l'écriture, par le dessin. » Cette phrase résume l'impression qu'aura le lecteur, celle d'un ouvrage conçu et exécuté avec le sentiment précis de ce qu'il faut enseigner et de la manière dont il faut l'enseigner. A. C.

Max MUENDEN. Zweiter Beitrag zur Granulafrage (Étude des granules) (*Archiv f. Physiol., p. 268, 1896*).

La cellule est une réunion, une colonie de *granules* ou *cytoblastes*, comme l'organisme des êtres pluricellulaires est une colonie de cellules ou de protozoaires. Réunis en colonie de *métacytoblastes*, ils forment la cellule : isolés comme *protocytoblastes*, ils vivent d'une vie indépendante et constituent alors les bactéries, vibrions, coccus, etc. Les cytoblastes ne constituent pas encore la dernière unité vivante, puisqu'ils présentent eux-mêmes une structure complexe, étant formés de parties hétérogènes.

LÉON FREDERICQ.

W. REINHARD. Zur Frage über die amitotische Theilung der Zellen (Sur la question de la division amitotique des cellules) (*Biol. Centralbl.*, *XVI*, *11*, *p. 420*).

L'auteur a constaté qu'à une certaine période du développement du germe (à partir du stade à 8 blastomères) d'un poisson osseux, *Leuciscus erythrophtalmus*, les noyaux, vésiculeux et, à ce moment, totalement privés de substance chromatique, se divisent amitotiquement après avoir acquis la forme polymorphe. La figure de division comprend des sphères attractives et un fuseau. Le corps cellulaire se partage ensuite par étranglement en deux moitiés. Cette observation prouve donc que l'amitose peut être, contrairement à ce que pensent certains auteurs, le processus normal et constant de la multiplication cellulaire chez des embryons de vertébrés, sans aboutir à la dégénérescence des éléments ainsi formés. Dans ce cas particulier la division amitotique paraît être la conséquence nécessaire de l'absence de chromatine. A. NICOLAS.

F.-E. SCHULZE. Ueber die Verbindung der Epithelzellen unter einander (Sur l'union des cellules épithéliales entre elles) (*Sitzungsb. d. k. p. Akad. d. Wiss.*, *XXXIX*, *p. 971*).

Par l'étude, à l'état vivant, de l'épiderme de larves de différents batraciens, Schulze arrive à cette conclusion générale que : originellement les jeunes cellules dépourvues de membrane des épithéliums stratifiés sont unies entre elles dans toute l'étendue de leur surface par une couche limitante hyaline assez fortement réfringente. Dans certaines conditions, de petites gouttelettes liquides apparaissent dans cette couche et s'y disposent sur une seule couche, puis grossissent progressivement et déterminent ainsi la formation d'un réseau unitif interstitiel entre les corps cellulaires. Par rupture partielle des travées de ce système alvéolaire prennent naissance de véritables cordons ou ponts d'union intercellulaires.

A. NICOLAS.

BALBIANI et HENNEGUY. Sur la signification physiologique de la division cellulaire directe (*C. R. Acad. des sciences. 27 juill. 1896*).

Nombre d'histologistes admettent que l'amitose est un phénomène de dégénérescence et que les cellules filles qui en proviennent ne peuvent plus, en général, se diviser. Or, en étudiant les greffes de queues de têtard, on voit la soudure des parties se produire rapidement et par une multiplication cellulaire très active et très rapide, car non seulement la fente qui séparait les deux parties juxtaposées est oblitérée, mais il se produit encore des bourgeons épithéliaux exubérants; et cependant la division cellulaire n'a lieu, dans ces parties, que par le processus direct ou amitosique ; c'est seulement plus tard, lorsque la greffe est consolidée, qu'on voit réapparaître la division indirecte au niveau du point de soudure. Dans ces observations, on constate que, dans l'espace d'une heure, il se produit un grand nombre de divisions cellulaires. Or, comme il a été établi par les recherches de Flemming et autres que la durée d'une mitose, chez les amphibiens, est en moyenne de trois heures, on peut en

conclure qu'il existe une amitose proliférative, physiologique, plus rapide que la mitose et qui supplée celle-ci lorsque les phénomènes compliqués de la caryocinèse n'auraient pas le temps de se produire. M. DUVAL.

Wanda SCZAWINSKA. Sur la structure réticulaire des cellules nerveuses centrales (*C. R. Acad. des sciences, 17 août 1896*).

Le cytoplasma des cellules nerveuses centrales contient, en dehors des masses chromophiles décrites par Nissl, de fines fibrilles à parcours sinueux. L'étude des cellules des cornes antérieures de la moelle de la raie, durcie par le bichromate de potasse, montre que ces fibrilles sont disposées en réseaux, dont les mailles, irrégulières dans le corps cellulaire, prennent un arrangement régulier dans les prolongements de ce corps. M. DUVAL.

GAULE et LEWIN. Ueber die Zahlen der Nervenfasern..... (Sur le nombre des fibres et des cellules nerveuses dans les ganglions spinaux du lapin) (*Centralbl. für Physiol., X, p. 437 et 465, 1896*).

Les auteurs trouvent, contrairement à l'opinion généralement admise, que les nerfs mixtes spinaux du lapin contiennent un nombre de fibres supérieur (de 11, 15 et 19 0/0) à la somme des fibres de la racine antérieure et de la racine postérieure.

Lewin a fait également des évaluations comparatives du nombre des cellules nerveuses du ganglion et de celui des fibres de la racine postérieure et trouvé que les ganglions spinaux examinés, contenaient au moins 6 fois autant de cellules nerveuses qu'il y a de fibres dans la racine postérieure correspondante. LÉON FREDERICQ.

Ivor TUCKETT. On the structure and degeneration of non medullated nerve-fibres (*The Journ. of phys., XIX, p. 267*).

La fibre de Remak est un élément ayant un diamètre de 1,5 à 2 μ, avec gaine externe entourant le contenu. Le contenu est le prolongement d'une cellule nerveuse tandis que la gaine est en connexion avec les noyaux et dérive probablement de la capsule d'une cellule nerveuse. En section transversale, les fibres de Remak apparaissent comme des tubes d'un diamètre uniforme, ne montrant point de ponctuations. Si une fibre de Remak montre, en section transversale, un aspect pointillé, ce ne peut être que l'effet d'altérations post-mortem. Ces altérations consistent en gonflement variqueux qui éclate et la gaine se résout en fibrilles. C'est à cette particularité que les fibres de Remak doivent d'avoir été décrites comme des faisceaux de fibrilles. Cette erreur a été entretenue par le fait que le contenu des fibres de Remak ne se colore que très faiblement par les agents colorants habituels. Ce contenu peut être vu distinctement par la méthode de Golgi, par l'action du bleu de méthylène sur les fibres fraîches, en colorant à l'hématoxyline les nerfs qui auront durci pendant plusieurs mois dans le bichromate d'ammonium. Il n'est pas identique au cylindre-axe d'une fibre à myéline.

Quand une fibre de Remak dégénère, le contenu, coloré au bleu de méthylène, disparaît, tandis que la gaine et les noyaux ne sont pas altérés par la séparation du centre trophique. Les changements histologiques montrent que la dégénération commence après 24 heures et que la perte d'irritabilité et de conductibilité est complète à la quarantième heure. L'auteur a obtenu une régénération après 259 jours.

DASTRE.

C.-M. FÜRST. Ein Beitrag zur Kenntniss der Scheide der Nervenfasern (Gaine des fibres nerveuses) (*Morphol. Arbeiten, VI, 3, p. 529*).

Après avoir décrit quelques-uns des principaux aspects que prennent les fibres nerveuses après l'emploi de divers réactifs et discuté, en se basant sur la composition chimique de la myéline, le mode d'action de ceux-ci, Fürst conclut qu'il faut les attribuer à ce mode d'action, variable suivant les substances. Les dispositions connues sous le nom de : cylindrocônes, entonnoirs, incisures, réseaux, membranes, anneaux, etc., doivent être considérées comme des productions artificielles. A. NICOLAS.

S. MEYER. Ueber eine Verbindungsweise der Neuronen (Sur un mode d'union des neurones) (*Archiv f. mik. Anat., XLVII, 4, p. 734*).

L'auteur perfectionnant sa méthode de coloration des éléments du système nerveux central par l'injection sous-cutanée de bleu de méthylène BX a reconnu qu'il était avantageux d'employer des solutions très concentrées et de diminuer la durée des pauses entre les injections successives. Voici, pour prendre un exemple, comment il procède. A un cobaye nouveau-né, on injecte sous la peau, de quart d'heure en quart d'heure (ou de 1/2 heure en 1/2 heure), 2 centimètres cubes d'une solution aqueuse de bleu de méthylène saturée à la température du corps. Dès que l'animal est mort, ce qui arrive de la 3e à la 6e injection, le cerveau découpé en 2 ou 3 morceaux, pas davantage, est porté dans : molybdate d'ammoniaque, 10 grammes; eau, 100 centimètres cubes; HCl officinal, 10 gouttes. Ce mélange a été refroidi au préalable à 0°. Les pièces y séjournent jusqu'au jour suivant, puis sont lavées à l'eau pendant 2 heures, et traitées par les alcools de concentration croissante, également refroidis, enfin par l'alcool absolu. On passe ensuite par le xylol et on inclut dans la paraffine. Les coupes sont traitées par le xylol et montées dans le baume dissous dans le xylol. Les préparations sont durables.

Cette méthode permet de mettre en évidence, chez l'adulte, des détails que la méthode de Golgi n'a pu décéler que chez des embryons ou des nouveau-nés.

Meyer passe ensuite en revue certains territoires nerveux, tels que l'écorce cérébrale, le bulbe olfactif, l'écorce cérébelleuse, la moelle allongée et le pont, en indiquant les principales particularités qu'on peut y reconnaitre grâce à la coloration par le bleu. Il arrive enfin à l'objet principal de son travail, qui concerne un mode particulier et remarquable de terminaison des fibres nerveuses dans le noyau trapézoïdal. La plupart

des cellules de ce noyau sont en relation avec une fibre très épaisse et très colorée qui, au moment où elle aborde la cellule ou même un peu avant, se divise en plusieurs branches. Celles-ci entourent la cellule de tous côtés, en s'appliquant à sa surface et en présentant des épaississements allongés ou sphériques qui rappellent beaucoup certaines formations d'appareils terminaux périphériques. La méthode de Golgi colore aussi ces arborisations en panier si spéciales mais d'une façon moins démonstrative. Elles sont très abondantes dans le noyau trapézoïdal mais jusqu'à présent l'auteur n'a pas réussi à les rencontrer dans d'autres régions.

A. NICOLAS.

G. RETZIUS. Ueber ein dem Saccus vasculosus..... (Sur une formation correspondant au sac vasculaire dans le cerveau de l'homme et d'autres mammifères) (*Biol. Untersuchungen. Neue Folge, VII, p. 1, 1895*).

Ce travail renferme plusieurs détails nouveaux concernant la morphologie cérébrale. Tout d'abord, Retzius a constaté chez le fœtus humain et chez l'adulte, l'existence d'une saillie située entre le tuber cinereum et les tubercules mamillaires, saillie dont l'aspect et le développement sont d'ailleurs soumis à certaines variations. A l'état le plus complet, elle est trilobée, et se compose d'une éminence médiane qui se termine en pointe entre les deux tubercules mamillaires et de deux ailettes latérales. Une sorte de pédicule large et court s'étend en avant sur le tuber.

Par sa situation, cette formation semble correspondre au *saccus vasculosus* des Poissons osseux et des P. cartilagineux. Faute de pouvoir établir cette homologie d'une façon rigoureuse, l'auteur se contente de la désigner sous le nom d'*eminentia saccularis*. De chaque côté de cette éminence, on remarque une saillie plus ou moins accentuée : *eminentia laterales hypencephali*. Ces saillies répondent sans doute aux lobes inférieurs des Poissons.

Les tubercules mamillaires ne sont, ainsi qu'on les décrit ou figure communément, ni arrondis, ni réniformes. Ils sont nettement piriformes avec une extrémité effilée dirigée en avant et en dehors, *brachium corporis mamillaris*. Les différences individuelles relatives à leur degré de développement sont du reste nombreuses.

Retzius a examiné, au point de vue de l'*eminentia saccularis*, quelques mammifères, fœtus et adultes. Il l'a retrouvée chez tous, du moins pendant la période fœtale. Chez l'adulte (chien, chat), elle disparaît par suite de l'accroissement considérable des corps mamillaires.

A. NICOLAS.

A.-S. DOGIEL. Die Nervenelemente im Kleinhirne der Vögel und Säugethiere (Les éléments nerveux dans le cervelet des oiseaux et des mammifères) (*Archiv für mik. Anat., XLVII, p. 707*).

Appliquant sa méthode de coloration par le bleu de méthylène à l'étude des centres nerveux et spécialement du cervelet, Dogiel a réussi a vérifier la plupart des faits qu'a révélés la méthode de Golgi et à constater quelques détails nouveaux.

Couche moléculaire. Les éléments qui constituent cette couche ne se distinguent pas essentiellement les uns des autres, en ce qui concerne leur forme, leur taille et le caractère de leurs prolongements protoplasmiques et cylindraxile. Il n'y a donc pas lieu de les grouper comme on l'a fait en deux catégories : grosses cellules (Korbzellen de Kölliker) et petites cellules (Rindenzellen). Les soi-disant grosses cellules occupent la zone interne, dans le voisinage de la couche des cellules de Purkinje, leur prolongement cylindraxile court parallèlement à la surface de l'écorce et se termine par une arborisation sur une cellule de Purkinje. Chemin faisant, il abandonne des collatérales qui se dirigent, les unes très fines vers l'extérieur, dans la couche moléculaire ; les autres (3 ou 4) plus longues, perpendiculairement vers l'intérieur. Celles-ci se terminent par une arborisation entre les cellules de Purkinje.

Les cellules de la zone externe, corticale (petites cellules des auteurs), possèdent un prolongement cylindraxile orienté tantôt parallèlement, tantôt perpendiculairement à la surface de l'écorce, qu'il est possible de suivre sur une certaine longueur mais dont la terminaison est inconnue.

Couche granuleuse. A cette couche appartiennent les cellules de Golgi, grandes et petites. Les petites envoient leur prolongement cylindraxile dans la couche moléculaire où ils se divisent en deux branches. Les grandes cellules de Golgi émettent les unes des prolongements protoplasmiques qui vont se perdre dans la couche moléculaire, les autres de tels prolongements qui se terminent dans la couche granuleuse elle-même. Leur prolongement cylindraxile se rend à la substance blanche cérébelleuse mais leur trajet ultérieur ne peut être déterminé.

La couche granuleuse renferme en outre des fibres nerveuses à myéline qui s'y terminent, d'une manière toute particulière, après s'être ramifiées, par des pelotons terminaux. Dogiel considère ces pelotons comme des réseaux péricellulaires et pense qu'ils sont en rapport avec les petites cellules de Golgi. A. NICOLAS.

H. APOLANT. Ueber die sympathischen Ganglienzellen der Nager (rongeurs) (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLVII, p. 461*).

Ces recherches prouvent qu'il n'est pas exact de considérer, ainsi que certains auteurs l'ont fait, la présence de deux noyaux comme caractéristique de la nature sympathique d'éléments ganglionnaires. On rencontre en effet chez les rongeurs et jusqu'à un âge avancé, dans les différents territoires du sympathique, des cellules munies d'un seul noyau et multipolaires. De plus, des ganglions appartenant sans conteste au système sympathique, tels que le ganglion sphéno-palatin, le ganglion otique..... etc. sont composés presqu'exclusivement d'éléments uninucléés comme les ganglions spinaux.

Quant à l'origine de ces cellules à deux noyaux l'auteur pense qu'il faut la rattacher à une division, par voie amitotique, du noyau primitivement unique de la cellule ganglionnaire. Il a pu observer des images démonstratives. Ce processus du reste n'a rien de dégénératif mais paraît plutôt en rapport avec l'accroissement de la cellule. Sa signification est pour celle-ci biologique et non fonctionnelle. A. NICOLAS.

F.-K. STUDNICKA. Ueber die terminale Partie des Rückenmarkes (moelle) (*Sitzungs. d. König. böhm. Gesells. d. Wiss., II, L, p. 1, 1895*).

Si l'on considère la série des Vertébrés on constate que le canal central de la moelle présente une dilatation en deux endroits différents. L'un se développe, chez l'amphioxus et les cyclostomes, à l'extrémité terminale de la moelle et mérite le nom de *sinus terminal*. L'autre s'observe, chez les amphibiens anoures, dans la région sacrée. On rencontre l'homologue de ce dernier chez les mammifères et en particulier chez l'homme. Seulement le nom de sinus (ou ventricule) terminal qui lui a été attribué (Krause, Saint-Remy) ne lui convient pas, puisqu'il occupe, chez les amphibiens, à peu près le milieu de la longueur totale de la moelle et que, chez les mammifères, il a en arrière de lui, pour former l'extrémité de cet organe, tout le *filum terminale*. On doit plutôt désigner ce sinus *terminal* des auteurs sous le nom de sinus sacré, *sinus sacralis*.

A. NICOLAS.

H. HOLTZMANN. Untersuchungen über Ciliarganglion und Ciliarnerven (*Morphol. Arbeiten, VI, 1, p. 114*).

L'auteur a étudié macroscopiquement et microscopiquement le ganglion et les nerfs ciliaires chez des amphibiens (*Rana*), des oiseaux (poulet, pigeon, canard, oie) et chez des mammifères (chien, chat, lapin). Il constate que la nature de ce ganglion, déterminée par les caractères des cellules qui le constituent, varie non seulement d'une classe à l'autre, mais encore dans chaque classe, selon les espèces. C'est ainsi que le ganglion ciliaire chez la grenouille serait essentiellement spinal, c'est-à-dire composé de cellules du type spinal. Il est d'ailleurs possible qu'il s'y mélange des éléments sympathiques. Chez les oiseaux, il est entièrement de nature spinale, mais ses cellules constituantes n'ont pas acquis le degré de différenciation des cellules spinales proprement dites et sont demeurées dans un état moins avancé. Parmi les carnivores, le chien possède un ganglion ciliaire mixte, spinal et sympathique. Habituellement, chez lui, les formes cellulaires sympathiques prédominent, mais il y a des cas où les éléments spinaux sont au contraire en majorité. Chez le chat, le ganglion ciliaire est de nature exclusivement sympathique. On y observe cependant quelques formes unipolaires qui peuvent être considérées comme des vestiges de l'état mixte originel. Enfin, le ganglion ciliaire du lapin appartient au type spinal. Seulement on sait que chez cet animal il existe dans l'orbite un système très développé d'éléments ganglionnaires sympathiques.

Ces variations dans la nature du ganglion ciliaire, suivant les espèces animales, sont parfaitement d'accord avec les différences d'action, bien constatées, de l'atropine. Là où les éléments sympathiques existent seuls ou du moins prédominent (chien, chat, homme), la paralysie des terminaisons nerveuses de l'iris et du corps ciliaire, sous l'action de cette substance, atteint son maximum d'intensité ; au contraire, chez les animaux dont le ganglion est du type spinal (oiseaux), l'atropine n'agit pas,

ou n'agit qu'à très forte dose en paralysant alors directement la musculature de l'iris. A. NICOLAS.

H. APOLANT. Ueber die Beziehung des Nervus oculomotorius zum Ganglion ciliare (*Archiv f. mik. Anat.*, *XLVII*, *4*, *p. 655*).

L'étude, par la méthode de Marchi, de la dégénérescence des fibres du moteur oculaire commun, après que ce nerf a été sectionné (chez le chat, à son émergence, montre que le faisceau qu'il envoie au ganglion ciliaire ne s'étend pas au delà. Toutes les fibres qui pénètrent dans ce ganglion, par conséquent toutes celles que l'oculo-moteur fournit à la musculature interne du globe de l'œil, s'y terminent ; par suite, les éléments du ganglion représentent de nouveaux neurones qui transmettent à la périphérie l'excitation que leur apportent les fibres de l'oculo-moteur. Le ganglion ciliaire est donc bien un ganglion sympathique, ainsi que l'ont déjà soutenu divers auteurs. A. NICOLAS.

Ch. ROUGET. Terminaisons des nerfs sensitifs musculaires sur les faisceaux striés (*C. R. Acad. des sciences*, *13 juill. 1896*).

Par l'imprégnation de muscles vivants au bleu de méthylène, les terminaisons nerveuses sensitives apparaissent appliquées sur les faisceaux striés, mais extérieures au sarcolemme (épilemmales), tandis que les terminaisons motrices sont hypolemmales. De plus, tandis que les terminaisons motrices sont toujours dirigées parallèlement à l'axe des faisceaux striés, les terminaisons sensitives, qui affectent le type du mode de terminaison connu des nerfs de la cornée, sont couchées obliquement ou transversalement à la surface des faisceaux ; elles sont relativement rares et disséminées à intervalles assez éloignés. M. DUVAL.

A. FISCHEL. Ueber Beeinflussung und Entwicklung des Pigmentes (Sur la façon dont réagit et se développe le pigment) (*Archiv für mik. Anat.*, *XLVII*, *4*, *p. 719*).

Des larves de salamandre sont placées les unes dans de l'eau courante froide, les autres dans de l'eau à la température d'une chambre (16° à 18°). Les premières se pigmentent fortement comme dans les conditions normales; les secondes, au contraire, restent claires. Cette influence de la température sur le développement du pigment permet de rendre claires des larves foncées et inversement en modifiant la température du milieu, mais avec d'autant moins de facilité que l'état initial, clair ou foncé, est acquis depuis plus longtemps. La coloration en effet tend, si l'action de la chaleur ou du froid se prolonge, à devenir durable. L'étude microscopique des téguments montre l'accumulation des grains pigmentaires ou au contraire, suivant les cas, leur disparition presque complète.

L'auteur est d'avis que le pigment se développe dans les cellules aux dépens d'un substratum spécial : grains d'abord clairs qui, par transformation spécifique ou par imprégnation d'une matière colorante, donnent naissance aux granulations foncées caractéristiques des cellules pigmen-

taires. Les cellules pigmentaires produisant ainsi leur propre pigment par voie métabolique, on conçoit que sous certaines influences elles soient capables d'en modifier l'abondance, dans un sens ou dans l'autre.

A. NICOLAS.

G. ABELSDORFF. Ueber Sehpurpur und Augenhintergrund bei den Fischen (Sur le pourpre visuel et le fond de l'œil des poissons) (*Archiv f. Physiol.*, *p. 345*, *1896*).

L'auteur distingue chez les vertébrés deux espèces de pourpre rétinien : celui des amphibiens, oiseaux et mammifères ayant son maximum d'absorption entre E et F, à la longueur d'onde de 500 μμ ; celui des poissons dont le maximum d'absorption correspond à la longueur d'onde de 540 μμ entre D et E.

Le pourpre peut être vu *in situ* sans enlèvement de la rétine, chez un certain nombre de poissons : Abramis brama, Lucioperca sandra, Acerina cernua. L'auteur recommande un durcissement préalable de l'œil dans une solution de formaline à 5 0/0. LÉON FREDERICQ.

D. HANSEMANN. Ueber die Poren der normalen Lungenalveolen (*Sitzungsb. d. k. p. Akad. d. Wiss.*, *XLIII-XLIV*, *p. 999*).

L'auteur s'est proposé de rechercher si, normalement, les alvéoles pulmonaires sont réunis par des pores creusés dans leur paroi ou si ces pores ne doivent leur existence qu'à un processus pathologique. A cet effet il a pratiqué des injections de gélatine colorée dans la trachée de divers animaux dont les poumons avaient été atélectasiés par l'acide carbonique, et examiné ensuite des coupes après déshydratation par l'alcool absolu, enrobage dans le celloïdine et coloration par la méthode de van Gieson. Dans ces conditions il a vu que les amas de gélatine contenus dans les alvéoles et retractés par l'alcool, demeuraient réunis les uns aux autres par de minces filaments qui traversaient les parois alvéolaires, par de véritables stomates. La présence normale de ces trous permet d'expliquer la propagation du processus inflammatoire d'un alvéole à ses voisins, ainsi que la communication précoce des alvéoles dans l'emphysème (élargissement mécanique des stomates normales). A. NICOLAS.

R. MARESCH. Ueber die Zahl und Anordnung..... (Sur le nombre et l'arrangement des pyramides de Malpighi dans le rein humain) (*Anat. Anz.*, *XII*, *12-13*, *p. 299*).

Les reins de l'homme se composent d'un nombre de lobes (*renculi*) beaucoup plus considérable qu'on ne l'admet communément. Si l'on ne considère, lorsqu'on les compte sur un rein lobé de fœtus, que les sillons les plus profonds, alors on arrive au chiffre habituellement admis, variable de 8 à 18. Seulement, à côté de ces sillons complets, il y en a encore d'autres plus ou moins marqués, et si on comprend ceux-ci dans le dénombrement, on obtient un chiffre triple du précédent (21 à 50). Or, à chaque lobe incomplètement délimité d'un rein lobé correspond une

pyramide et à chaque lobe bien circonscrit au moins deux, ou plus. Les pyramides de Malpighi tendent toujours à se confondre au voisinage des papilles, de telle sorte que presque toujours une papille répond à plus d'une pyramide, habituellement à 2 ou 4, et même plus, jusqu'à 9 aux extrémités polaires du rein.

Une papille formée par la fusion de plusieurs pyramides n'a pas nécessairement une largeur inusitée. Elle ne porte pas non plus fatalement des vestiges de cette fusion. A. NICOLAS.

G. SCHWALBE. Zur Anatomie der Ureteren (*Verhandl. d. anat. Gesells. p. 155. 1896*).

L'uretère présente constamment dans sa portion abdominale une dilatation fusiforme dont le calibre varie suivant les individus (de 4,5 millimètres à 15 millimètres). Ce « fuseau principal », plus large mais plus court à droite qu'à gauche est, en moyenne, plus développé chez la femme que chez l'homme. Au dessus de lui, l'uretère se rétrécit et offre, à environ 7 centimètres du hile rénal, un étranglement ou isthme (3,2 millimètres). Au-dessous, à l'union de la portion abdominale avec la portion pelvienne de l'uretère, il existe un deuxième rétrécissement parfois moins accentué que le premier. Recherchant les causes de cette dilatation, Schwalbe remarque tout d'abord que dans son trajet, l'uretère forme un coude à son passage sur le détroit supérieur. Ce coude, dont l'angle d'ouverture oscille entre 112° à 155°, mérite le nom de « courbure marginale ». Il est situé immédiatement au-dessous de la dilatation ou fuseau principal.

Chez les quadrupèdes, la portion pelvienne et la courbure marginale de l'uretère font défaut. Il n'y a pas non plus chez eux de dilatation ; l'uretère est régulièrement cylindrique. Chez les singes et notamment chez les anthropoïdes, la portion pelvienne apparaît et avec elle une courbure marginale ainsi qu'une dilatation au-dessus de celle-ci, mais c'est chez l'homme que ces formations acquièrent leur maximum de développement. Il semble donc évident que la présence d'un segment pelvien avec courbure marginale est en rapport avec la station bipède et que le fuseau principal en est à son tour la conséquence. La dilatation de l'uretère résulterait de l'obstacle que l'urine rencontre au niveau du coude marginal. D'ailleurs, cette disposition est déjà fixée par hérédité ; on l'observe pendant la période embryonnaire, dès le septième mois.

A. NICOLAS.

B. SOLGER. Zur Kenntniss der spindelförmigen Erweiterungen des menschlichen Harnleiters (Sur les dilatations fusiformes de l'uretère humain) (*Anat. Anz., XII, 14, p. 347*).

Solger confirme, chez des fœtus humains (de 20^{cm},5 à 7 mois), l'existence de la dilatation fusiforme décrite par Schwalbe, mais en ce qui concerne l'interprétation donnée par cet auteur de la cause de cette disposition, il réserve son appréciation. Certains faits constatés chez le lapin et chez les singes catarrhiniens ne lui paraissent pas concorder avec l'explication de Schwalbe. A. NICOLAS.

Aug. PETTIT. Recherches sur les capsules surrénales (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, *nos 3 et 4, 1896*).

Les capsules surrénales sont des organes fondamentaux des vertébrés; mais, malgré le nom qu'elles ont reçu, leurs rapports avec les reins n'ont qu'une valeur secondaire; elles dérivent de l'épithélium germinatif qui donne naissance aux glandes sexuelles; c'est avec celles-ci qu'elles sont liées ontogénétiquement, et, quant à leur situation chez l'animal adulte, leurs connexions les plus constantes sont avec la veine cave inférieure. Chez les oiseaux, elles présentent leurs dispositions fondamentales, étant en contact avec les glandes génitales; chez les ophidiens, elles suivent les glandes génitales dans leur déplacement et sont étirées en longs tractus accolés aux gros troncs veineux de l'abdomen; chez les batraciens, elles sont remarquables par leur dissémination à la surface des veines rénales afférentes, mais rappellent encore, par leurs rapports avec les vaisseaux et les organes génitaux, les dispositions qu'on constate chez les reptiles; enfin chez les poissons osseux, chez l'anguille en particulier, les capsules surrénales sont représentées par deux petits corps nacrés, irrégulièrement sphériques, disposés de chaque côté de la veine cardinale.

C'est sur l'anguille que l'auteur a poursuivi ses recherches d'histologie et de physiologie. Cet organe s'y montre constitué par une série de cylindres irréguliers, limités par du tissu conjonctif et tapissés à leur face interne par un épithélium columnaire, limitant une cavité centrale. Ces cellules, à l'état normal, sont disposées à peu près uniformément sur une seule rangée; mais certaines d'entre elles subissent une évolution particulière : leur corps devient sphérique, fait saillie dans la lumière centrale et finalement devient libre et tombe dans cette cavité, qui est remplie par un magma parsemé de noyaux. Le fait qu'il existe des transitions insensibles entre ce magma et les formes cellulaires qui s'y mêlent, amène à penser que les cellules surrénales évoluent de telle sorte qu'elles finissent par produire ce magma; ces cellules, en un mot, présentent les phases successives d'une sécrétion holocrine.

Pour démontrer la réalité de ce processus, l'auteur a eu recours à la méthode expérimentale. Si la capsule est bien réellement le siège d'une sécrétion, on doit, consécutivement à l'ablation d'une des glandes, constater une hypertrophie correspondante de l'organe conservé; et en effet, non seulement la capsule surrénale seule, laissée en place, augmente de volume, mais son étude histologique montre un travail exagéré de sécrétion. Les cylindres ou cavités glandulaires closes présentent, au lieu d'une seule couche de cellules, deux et souvent trois rangées de cellules, dont un grand nombre fait saillie dans la lumière du cylindre, et on assiste à une élaboration plus rapide et plus abondante du magma central. D'autre part, divers agents chimiques permettent, comme pour les glandes ouvertes, de faire varier la sécrétion surrénale : par la pilocarpine, on amène une prolifération plus active des éléments sécrétants.

M. DUVAL.

LAGUESSE. Recherches sur l'histogénie du pancréas (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, *nos 2 et 3*, *1896*).

Poursuivant ses études sur le pancréas (voir *R. S. M.*, XLIV, p. 7) et particulièrement sur les formations connues sous le nom d'îlots de Langerhans, l'auteur avait été amené à considérer ces îlots comme des points de la glande épuisés par une longue sécrétion, lorsque l'examen d'un embryon lui montra ces formations plus abondantes que chez l'adulte ; la précédente interprétation, proposée par Lewaschew, devenait donc inadmissible. Reprenant donc l'étude de l'histogénie du pancréas, il a été conduit à proposer une interprétation toute différente et à étudier en même temps, dans un très important mémoire, tous les faits relatifs à l'évolution de cette glande.

La première partie de ce travail traite de la croissance et ramification du pancréas avant l'individualisation des cavités sécrétantes ou acini. Sur le diverticule pancréatique primitif (bourgeon intestinal) se produisent des bourgeons pleins qui se ramifient d'une façon serrée et irrégulière pour former des *cordons variqueux primitifs*. Bientôt ceux-ci, anastomosés entre eux comme les cordons de Remak dans le foie, se creusent presque simultanément dans toute leur étendue, par formation et élargissement de méats intercellulaires, pour constituer les *tubes pancréatiques primitifs ;* mais ces tubes creux sont encore longtemps indifférents, c'est-à-dire qu'on ne peut y distinguer ni des cavités sécrétantes (acini) ni des canaux excréteurs, du moins chez les mammifères, car chez les poissons osseux le pancréas s'arrête à ce stade, et ces tubes ramifiés deviennent directement, dans presque toute leur longueur, des cavités sécrétantes tubuleuses. Chez les mammifères, demeurant encore à cet état indifférent primitif, ces tubes s'élargissent, tandis que diminue l'épaisseur de leur paroi épithéliale, formée finalement d'un seul rang de cellules prismatiques courtes ou cubiques, en même temps qu'ils prolifèrent à leurs extrémités lobées à l'infini et groupées en bouquets serrés.

La seconde partie traite de la formation et du remaniement des cavités sécrétantes. Celles-ci se différencient en de nombreux points de la paroi des tubes pancréatiques primitifs, soit par modification directe de cette paroi, soit aux dépens de bourgeons formés par elle. Dès l'origine, les cellules s'y distribuent en deux assises ; l'interne, réduite à un ou deux éléments, représente les cellules centro-acineuses primitives ; l'externe, formée de cellules pyramidales, radiairement distribuées autour du centre de figure, est la couche glandulaire proprement dite : en effet, en même temps que les noyaux émigrent vers la base périphérique de la cellule, le protoplasma de celle-ci, dans sa zone apicale, commence à élaborer des grains de zymogène ; ce sont donc là les cellules *principales* ou *sécrétantes*. Quant aux cellules centro-acineuses, outre celles que nous venons d'indiquer sous le titre de primitives, il s'en produit de secondaires par ce fait que, le reste des tubes pancréatiques primitifs étant devenu l'arbre des canaux excréteurs, l'extrémité de ces canaux s'invagine peu à peu presque jusqu'au fond des cavités sécrétantes pour constituer des centro-acineuses secondaires qui se confondent avec les primitives.

Ainsi se trouve justifiée la proposition de Langerhans, qui faisait des centro-acineuses, lors de sa découverte (1869), des cellules épithéliales en continuité avec celles des canaux sécréteurs, et celle de Saviotti, qui les considère comme représentant l'origine même de ces canaux. En même temps, les acini ou cavités sécrétantes augmentent de volume et se mettent à se lober. Plusieurs fois de suite chacune d'elles se divise en groupe de cavités filles pourvues chacune d'un émissaire. Les centro-acineuses sont les agents principaux de cette lobulation. « Cet élément, dit l'auteur, nous apparaît comme un agent essentiel de tous les changements de forme qui s'accomplissent dans l'intimité de la glande. C'est une sorte d'élément de charpente et de soutien, mais un élément actif, chargé d'assurer et de rétablir sans cesse, au cours des métamorphoses multiples, les communications entre la cellule sécrétante et les canaux excréteurs. Les groupes de centro-acineuses représentent donc pour nous l'extrémité même de ces canaux pénétrant dans l'acinus, mais une extrémité mobile, active et douée, à certains moments du moins, de véritables mouvements amiboïdes qui lui permettent ou de se rétracter ou de s'étendre en tous sens et comme en se dissociant au devant de la sécrétion, pour aller la recueillir jusqu'à ses sources multiples et lui frayer passage. »

Les îlots de Langerhans, qui sont étudiés spécialement dans la troisième partie du mémoire, sont de deux catégories. Les uns, dits *îlots primaires*, ont apparu de très bonne heure sur les cordons pleins ou dans la paroi des tubes pancréatiques primitifs. Ce sont des amas de cellules caractérisées par un aspect trouble tout particulier, avec gros noyau arrondi, se détachant en clair sur le corps protoplasmique foncé. Certains de ces îlots sont creux et remplis d'hématies, disposition transitoire, difficile à interpréter, et sur laquelle nous n'insisterons pas ici, d'autant que l'auteur n'est pas arrivé à une solution définitive à cet égard. Cette première génération d'îlots pleins entre bientôt en régression et s'élimine par les canaux, c'est-à-dire que, réduit à une masse granuleuse semée de noyaux, l'îlot s'invagine et fait saillie dans la cavité du tube pancréatique où il se fragmente et n'est bientôt plus représenté que par des débris qu'on peut poursuivre au loin dans les canaux où ils sont expulsés. Il n'en existe plus trace lorsque se sont produites les cavités sécrétantes; mais alors toute une nouvelle série de générations successives d'*îlots secondaires* se forme aux dépens des cavités sécrétantes, par la métamorphose de beaucoup d'entre elles en îlots pleins, formés de cellules troubles identiques à celles des îlots primaires. Ces îlots secondaires, généralement composés (soudure de masses simples originelles), sont parcourus par de nombreux vaisseaux dilatés et tortueux. L'auteur rapproche, avec raison, ces faits de ceux décrits par Retterer dans le développement des amygdales et des plaques de Peyer, et en effet, dans les deux cas, on assiste à la formation de glandes closes aux dépens d'éléments épithéliaux. Mais, fait tout particulier, tandis que dans les glandes closes telles que l'amygdale, le caractère épithélial se perd définitivement lors de leur remaniement et ne réapparaît plus, dans le pancréas, au contraire, il s'agit simplement de groupes épithéliaux qui changent temporairement de forme et de structure, car ils sont appelés, au bout d'un temps relativement court, à se transformer de nouveau en cavités

sécrétantes. Comme, d'autre part, ces îlots sont relativement beaucoup plus abondants chez le fœtus que chez l'adulte, avant toute sécrétion de liquide pancréatique, par conséquent avant toute fatigue de la glande, et comme les îlots primaires se développent nombreux, avant la différenciation des premières cavités sécrétantes, il est impossible d'admettre que les formations dites îlots de Langerhans représentent un stade de repos, de régénération des acini.

Pour arriver à leur interprétation, il faut tenir grand compte de ce fait que, lorsqu'une cavité sécrétante se transforme en îlot, elle perd toute relation avec les canaux excréteurs pour en contracter de très intimes avec les vaisseaux sanguins ; elle s'organise sur le type schématique de la glande vasculaire sanguine. De là à conclure que les îlots pleins sont les organites de la sécrétion interne, récemment étudiés par les physiologistes, et méritent le nom d'*îlots endocrines*, il n'y a qu'un pas, et ce pas, l'auteur n'hésite pas à le franchir.

Le foie et le pancréas apparaissent ainsi comme deux glandes, probablement de même origine phylogénétique, en tout cas intimement rapprochées par l'ontogénie, par la structure, par la fonction. Mais tandis que dans le foie la cellule accomplit simultanément la sécrétion interne et la sécrétion externe, dans le pancréas il y a division du travail d'une manière particulière. Par une sorte de balancement régulier, toute cavité sécrétante, après avoir fourni un certain temps la sécrétion externe, se transforme temporairement en îlot plein endocrine et déverse alors dans les vaisseaux une sécrétion externe, puis elle revient à l'état primitif et recommence à parcourir successivement le même cycle. Les îlots endocrines primaires peuvent être considérés comme les restes de la glande pleine primitive à sécrétion interne exclusive ; les îlots secondaires sont sans cesse renouvelés grâce à la persistance atténuée, régularisée, de la tendance primitive. M. DUVAL.

Ed. RETTERER. Sur le développement morphologique et histologique des bourses muqueuses et des cavités péri-tendineuses (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, *n° 3, 1896*).

Examinant d'abord le développement morphologique des cavités péri tendineuses et des bourses muqueuses, l'auteur montre que, à l'origine, il n'y a pas de cavité correspondant à chacun de ces ordres de formation ; à la place qu'elle occupera plus tard, existe un tissu conjonctif plein formant une masse commune qui relie les tendons aux tissus environnants. Ce tissu conjonctif qui prend bientôt l'aspect de tissu muqueux, se fluidifie ultérieurement et disparaît par fonte totale, de sorte que la cavité péritendineuse ou celle de la bourse muqueuse apparaît comme les espaces périlymphiques de l'oreille interne.

Abordant alors la question du développement histogénétique, il est amené à traiter d'une manière générale l'histoire de la formation du tissu conjonctif dans ses premières périodes. Il montre que, à leur début, les bourgeons des membres sont formés par une masse mésodermique, pleine, d'un protoplasma homogène, dans lequel se trouvent de nombreux noyaux. Chaque noyau, avec sa portion correspondante de protoplasma constitue une individualité physiologique qu'il est impossible de délimiter

au point de vue morphologique; c'est ce que l'auteur propose d'appeler *tissu conjonctif primordial.*

Dans ce tissu conjonctif primordial, le protoplasma élabore une masse fibrillaire qui part de la zone péri-nucléaire et s'étend en se ramifiant dans tous le corps cellulaire. Dans les mailles de cette charpente fibrillaire se différencie l'hyaloplasma. Le tissu conjonctif primordial se trouve alors arrivé au stade de *tissu reticulé à mailles pleines d'hyaloplasma.* Plus tard l'hyaloplasma devient muqueux et se fluidifie; les fibrilles latérales de la charpente disparaissent elles-mêmes, de sorte qu'il apparait des vacuoles dans le protoplasma. Mais, à tous ces divers stades, et c'est là ce qu'il y a de plus original dans les nouvelles vues de l'auteur, le tissu conjonctif représente un symplaste; il n'y a pas de limites circonscrivant des champs cellulaires individualisés; chacun des noyaux préside d'abord à la division et à la croissance de la portion correspondante du protoplasma; puis il continue à régir la formation de la masse fibrillaire, la production de l'hyaloplasma, et la fluidification de la substance muqueuse.

Par la fonte de l'hyaloplasma, le tissu réticulé à mailles pleines non seulement se creuse d'espaces intra-protoplasmiques, mais des portions de cellules (noyau et zone périnucléaire) deviennent libres et représentent des lymphocytes ou jeunes globules blancs. Or, à l'endroit des futures bourses muqueuses et des cavités péri-tendineuses, la charpente, la zone péri-nucléaire et le noyau subissent eux-mêmes une atrophie totale, d'où résulte la formation d'un vaste espace correspondant à la disparition de tous les éléments d'un territoire conjonctif. Enfin, la fonte atteint la portion libre des cellules qui revêtent la paroi de ces cavités. Le restant de ces dernières cellules (noyau, protoplasma de la zone périnucléaire et de la face profonde ou adhérente) conserve ses connexions primitives et persiste à l'état de cellule endothéliale. En un mot, ces cavités péritendineuses sont des espaces qui résultent de l'évolution spéciale et de la disparition de tout un territoire conjonctif. A la suite d'un historique très documenté, l'auteur montre que ces cavités ne sont pas produites par le fait de tiraillements dus aux mouvements, puisqu'elles apparaissent chez l'embryon à une époque où les muscles sont incapables de produire un acte mécanique. Ces cavités sont des organes héréditaires, et ne répondent pas, au moins ontogéniquement, à une formation mécanique.

M. DUVAL.

Mathias DUVAL. Études sur l'embryologie des cheiroptères (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *n*os *2 et 4*, *1896*).

Ayant précédemment décrit avec soin (*R. S. M.*, XLVII, p. 1) les singulières productions ectodermiques qui préludent à la formation de l'amnios chez le Murin, l'auteur compare ce processus avec les évolutions analogues décrites chez la taupe, par Heape, et plus récemment chez le porc, par Weysse, chez divers insectivores par Hubrecht. Cette étude l'amène à donner une interprétation nouvelle de la formation connue chez le lapin sous le nom de *couche de Rauber*, formation qui, depuis 10 ans, exerce la sagacité des embryologistes. Cette couche représente l'exfolia-

tion superficielle d'un épaissement ectodermique, homologue de la masse amniotique du murin. C'est que l'ectoderme s'est divisé, dans la région embryonnaire de l'œuf, en une couche profonde formative et une couche superficielle protectrice, et cette dernière n'a plus de raison d'être lorsque se forme l'amnios; elle s'exfolie. De ceci il résulte, et c'est là le fait essentiel, que l'ectoderme formatif, définitif, dérive de l'ectoderme primitif et non du reste vitellin ou masse interne, cette masse interne (masse endodermique) étant destinée à donner uniquement l'endoderme (du quel dérive plus tard le mésoderme).

La suite du mémoire est consacrée à l'étude de la formation ectoplacentaire chez le Murin. L'auteur montre que, dans les régions où l'ectoderme de l'œuf se met en contact intime avec la surface de la muqueuse de l'utérus, l'épithélium utérin disparaît; alors l'ectoderme s'épaissit et émet de courts bourgeons qui pénètrent dans le tissu conjonctif de la muqueuse; ces bourgeons prennent bientôt la constitution plasmodiale, la partie profonde de l'ectoderme dont ils émanent, sur laquelle ils sont attachés par leur base, continuant seule à présenter des lignes de séparation entre ses cellules. Ces bourgeons, se réunissant par leurs extrémités primitivement indépendantes, donnent naissance à une couche plasmodiale continue, de plus en plus épaisse, dans laquelle sont englobés les capillaires maternels. En même temps, ces capillaires de la muqueuse utérine se multiplient et leur paroi endothéliale subit une hypertrophie remarquable; mais tandis que cette hypertrophie s'arrête et même rétrograde pour les capillaires enveloppés par le plasmode (capillaires intraplasmodiaux), elle s'exagère au contraire au plus haut degré pour ceux qui sont situés à la surface extérieure du plasmode (capillaires épiplasmodiaux), lesquels se présentent bientôt comme des canaux, d'aspect glandulaire, à épaisses parois protoplasmiques, semées de noyaux nombreux et irrégulièrement disposés. Ces singuliers capillaires avaient déjà été décrits et figurés par Frommel, qui les désignait sous le nom de canaux épithéliaux d'apparence glandulaire, et qui avait cru y voir des organes hématopoiétiques.

C. C.

PHYSIOLOGIE.

Z. WERTHEIMER et L. LEPAGE. Sur les fonctions des pyramides bulbaires (*Archives de physiol., p. 614, 1896, et Bulletin méd. du Nord, 14 août 1896*).

L'excitation de l'une des pyramides provoque des mouvements dans les membres du côté opposé. A l'entrecroisement anatomique correspond donc un entrecroisement physiologique. Les pyramides antérieures servent bien réellement à la transmission croisée des excitations motrices. Leur intégrité n'est pas indispensable à cette transmission.

DASTRE.

J.-N. LANGLEY. Observations on the medullated fibres of the sympathetic system and chiefly on those of the grey rami communicantes (*The Journal of phys.*, *XX*, *p. 65*).

L'auteur a déjà montré que la plupart des fibres minces à myéline que l'on trouve dans les rameaux communicants ont leur origine dans des cellules nerveuses des ganglions sympathiques ; un petit nombre de fibres larges naissent des cellules des ganglions spinaux. Il reprend cette étude et voici les conclusions générales auxquelles il arrive : chez le chat, les rami-communicantes gris de la chaîne sympathique et les rameaux fournis par le ganglion cervical supérieur contiennent un nombre variable, mais souvent considérable de fibres minces à myéline. Ainsi, le rameau gris du 7e ganglion lombaire en peut contenir 300. La plupart de ces fibres ont leur origine dans des cellules du ganglion sympathique correspondant, quelques-unes dans le ganglion sympathique voisin. Il n'y a pas dans les faisceaux gris de fibres efférentes venant de la moelle ; toutes les fibres efférentes qui vont de la moelle au sympathique passent par les rameaux blancs. C'est la règle de Gaskell. Il arrive quelquefois, mais rarement, que quelques fibres à myéline venues de la moelle par les rameaux blancs jusqu'au sympathique, quittent celui-ci par les rameaux gris.

Les fibres à myéline, afférentes, des rameaux gris ont des largeurs variables de 2 μ à 12 μ ; elles sont peu nombreuses et diminuent rapidement. La plupart des fibres afférentes joignent le sympathique avec les rameaux blancs, mais il y en a quelques-unes qui passent par les rameaux gris. Chez le lapin, les rameaux gris contiennent très peu de fibres à moelle. Les cellules sympathiques semblent n'en pas fournir. Les rameaux blancs des dernières paires lombaires contiennent bien plus de fibres *efférentes* que d'*afférentes ;* les unes vont au mésentère directement, les autres descendent le tronc sympathique ; aucune ne le remonte. Les fibres afférentes n'ont pas leur centre trophique dans les ganglions sympathiques.

Les rameaux blancs d'un côté envoient, à la partie inférieure, quelques fibres à myéline aux ganglions coccygiens et sacrés du côté opposé. Pour les régions lombaire et sacrée les cellules nerveuses des ganglions sympathiques n'envoient pas de fibres à myéline aux ganglions situés plus haut ou plus bas. DASTRE.

J.-N. LANGLEY. On the nerve cell connection of the splanchnic nerve fibre (*The Journ. of phys.*, *XX*, *p. 223*).

L'auteur a soutenu ailleurs (1889) que les fibres inhibitoires du splanchnique pour l'estomac et l'intestin, et les fibres vasomotrices du même nerf entrent en connexion avec des cellules du plexus solaire, et cela pour la raison que l'application de nicotine sur ces ganglions supprime les effets de l'excitation des splanchniques en amont. Chaque fibre nerveuse viscérale présente sur son trajet une cellule nerveuse. Les ganglions sont des stations cellulaires pour les fibres nerveuses viscérales de toute nature : c'est également l'idée que soutiennent, depuis 1880,

Dastre et Morat. L'auteur montre que la nicotine, à larges doses, ne paralyse pas les extrémités périphériques des nerfs vaso-moteurs : mais elle annihile l'effet de l'excitation en amont des ganglions solaires, ce qui prouve que les fibres splanchniques entrent en connexion avec les cellules de ces ganglions qui sont, elles, paralysées par la nicotine. La question est de savoir si ces fibres splanchniques présentent une cellule seulement dans les ganglions solaires ou si elles présentent une autre station encore dans les ganglions de la chaîne principale. L'auteur conclut que tel n'est pas le cas en général , et que la station solaire est la seule et unique depuis la moelle sur le trajet du nerf, au moins en général. Reste la possibilité que, dans un certain nombre de cas, la station cellulaire soit reportée au ganglion de la chaîne fondamentale ou du côté opposé dans les amas ganglionnaires périphériques. DASTRE.

F. GOTCH et J.-S. MACDONALD. Temperature and excitability (*The Journ. of phys.*, *XX*, *p. 247*).

Mémoire très développé, divisé en trois études : influence de la température sur l'excitabilité du nerf, sur l'excitabilité du muscle volontaire, sur l'excitabilité du muscle cardiaque. Il est impossible de dire, en général, qu'une élévation de température accroisse ou diminue l'excitabilité. Cette manière de concevoir les choses est incorrecte. Il y a, en effet, des formes d'excitation qui seront plus actives, d'autres qui le seront moins. Les changements d'excitabitité ne peuvent être embrassés que dans un tableau. Les trois tissus examinés se comportent cependant de même en présence des courants galvaniques de 1/100 de seconde de durée. DASTRE.

F.-C. EVE. Sympathetic nerve cells and their basophil constituent in prolonged activity and repose (*The Journal of phys.*, *XX*, *p. 334*).

Nissl (1894) a appelé l'attention sur les granulations que l'on trouve dans les cellules sympathiques et qui fixent le bleu de méthylène après traitement par l'alcool ou le sublimé. Ce sont des particules basophiles, ou chromatine de Vas (1892). Elles ne se développent pas au même degré dans les diverses espèces de cellules nerveuses. Chez le fœtus de lapin de 7 centimètres de long, elles font défaut dans les petites cellules de la moelle, du ganglion spinal, de la chaîne sympathique : elles disparaissent à l'état diffus dans les grandes cellules et sont très marquées dans les ganglions du nerf pneumogastrique. Elles sont sans doute liquides et peuvent se fusionner en masses à l'état frais. Lorsqu'on traite les autres tissus de la même manière, on ne trouve pas de substance se colorant de la même manière dans les muscles striés ou lisses, cœur, tendons, cordons nerveux, corps pituitaire, thyroïde, capsule surrénale, rein, pancréas, ovaire. On en trouve dans les cellules du foie, les cellules muqueuses, gastriques, cartilagineuses. Elles sont solubles dans les acides faibles et les alcalis. Lorsqu'on observe une coloration diffuse de la substance basophile, c'est le fait de la présence d'un acide en général.

Le repos et l'activité produisent dans les cellules sympathiques de

faibles différences histologiques. Pas de variation appréciable de la substance basophile dans le ganglion cervical sympathique actif ou séparé par section. La seule différence due à une activité prolongée du sympathique a été un aspect plus diffus de la substance basophile. En somme, résultats négatifs quant aux changements produits par l'activité ou le repos. DASTRE.

P. KOKIN. Ueber die secretorische Nerven der Kehlkopf-und Luftröhrenschleimdrüsen (Nerfs sécrétoires des glandes muqueuses du larynx et des bronches) (*Archiv f. die ges. Physiol.*, *LXIII*, *p. 622*).

Le nerf laryngé supérieur contient des fibres sécrétoires pour les glandes muqueuses de larynx et autres, chez le chien, pour les parties supérieure et inférieure de la trachée. Les filets sécrétoires pour les glandes muqueuses de la trachée, chez le chien, viennent du laryngé supérieur, s'unissent dans le larynx ou laryngé inférieur, s'en séparent de nouveau et se jettent de nouveau dans le nerf trachéal, tronc nerveux qui reçoit des rameaux du laryngé inférieur ou même directement du vague. Celui-ci envoie des branches aux parties supérieure, moyenne et inférieure de la trachée. Chez le chat, c'est dans le laryngé inférieur que sont compris les filets sécrétoires des glandes muqueuses de la trachée et de la partie inférieure du larynx. L'excitation des filets sécrétoires d'un côté provoque une augmentation de l'activité glandulaire de l'autre côté. Avec les filets sécrétoires marchent des filets centripètes qui se rendent par le chemin du vague au centre qui gouverne ces sécrétions. Les excitations locales thermiques, mécaniques ou électriques augmentent la sécrétion muqueuse localement. La pilocarpine et la cocaïne appliquées localement augmentent cette sécrétion; l'atropine la diminue. DASTRE.

E. HÉDON. Sur la présence, dans le nerf laryngé supérieur, de fibres vaso-dilatatrices et excito-sécrétoires pour la muqueuse du larynx (*C. R. Acad. des Sciences*, *27 juill. 1896*).

En étudiant l'innervation du larynx, l'auteur a constaté que l'excitation du bout périphérique du laryngé supérieur provoque la rubéfaction de la muqueuse du côté correspondant, en même temps que la sécrétion des petites glandes à mucus correspondantes; notamment sur la face postérieure de l'épiglotte et sur la muqueuse aryténoïdienne, on voit les gouttes de mucus perler à l'orifice de glandes et se réunir, si l'excitation se prolonge, en un enduit visqueux sur toutes ces surfaces. Ces effets vaso-dilatateurs et sécrétoires sont directs et non réflexes, car ils apparaissent encore après la section des récurrents et des vago-sympathiques. Le laryngé supérieur est donc à la muqueuse laryngienne ce que la corde du tympan est à la glande sous-maxillaire. M. DUVAL.

J. LANGLEY et H. ANDERSON. The innervation of the pelvic and adjoining viscera. The bladder, etc. (*The Journ. of phys.*, *XIX*, *p. 71*).

Les auteurs observent d'abord l'origine et le trajet des fibres efférentes de la vessie et ils confirment les faits déjà vus par Gianuzzi, Budge, So-

kownin, Nussbaum, Nawrocki, Skabitschewsky et Sherrington. La vessie ne reçoit pas de fibres efférentes de la première paire lombaire et au-dessus et peu de la seconde paire lombaire. Les nerfs lombaires et sacrés agissent sur toutes les fibres vésicales, qu'elles soient circulaires, obliques ou longitudinales. De fibres inhibitoires, il y en a peu ou point. Les artères de la vessie ne reçoivent ni constricteurs ni dilatateurs des nerfs lombaires, non plus que des nerfs sacrés. La miction est gouvernée seulement par deux nerfs sur les cinq à sept qui innervent la vessie. Ce sont la 2e et la 3e paire sacrée chez le chat et le chien, la 3e et la 4e chez le lapin. L'action des nerfs lombaires sur la vessie est bilatérale ; ce qui est dû à la décussation des fibres dans les ganglions mésentériques inférieurs. La même chose existe à un moindre degré pour les nerfs sacrés.

DASTRE.

J. LANGLEY et H. ANDERSON. The innervation of the pelvic and adjoining viscera (*The Journ. of phys., XIX, p. 372*).

Ce nouveau mémoire traite spécialement des modifications physiologiques et histologiques produites par la section des nerfs sacrés. Les auteurs ont opéré sur le chat et le lapin. Ils avaient déjà vu que l'excitation des nerfs sacrés n'avait pas d'effet sur les organes internes de la génération. Ils reprennent ici cette étude en sectionnant la queue de cheval au delà du second ganglion spinal sacré. On reconnaît, après cette section, un grand nombre de fibres dégénérées dans les rameaux qui se rendent au rectum et à la vessie, moins dans ceux qui vont à l'urètre et à la vulve : il n'y en a point pour les organes internes de la génération, utérus et vagin. D'où la conclusion que les nerfs sacrés n'ont point de fibres sensitives pour les organes internes de la génération. Il n'y a pas non plus de fibres efférentes à myéline. Le nerf hypogastrique envoie un nombre considérable de fibres myéliniques normales à la vessie et à l'utérus, moins au vagin, peu ou point à l'urètre. Ce nerf a peu ou pas d'action sur l'urètre. Le nerf pelvien (nerf érecteur) contient, chez le chat, environ 3500 fibres à myéline ; un tiers environ est formé de fibres afférentes ; il y a une douzaine de petites fibres à myéline qui ne dégénèrent pas après la section des nerfs sacrés. Dans les nerfs du plexus pelvien qui se rendent au rectum, les fibres à myéline sont presque entièrement des fibres sacrées efférentes. Les fibres afférentes contractent des connexions avec la premier groupe ganglionnaire qui se trouve sur le trajet de ce nerf. La section du premier nerf sacré, chez le chat, détermine un peu de faiblesse dans l'articulation de la jambe, mais peu de changements dans le mouvement ; elle abolit la sensibilité dans la peau du pourtour de l'anus et du vagin et à la partie postérieure de la cuisse. La section du 2e nerf sacré et de ceux placés plus bas rend seulement insensible la région de la queue. Faite d'un côté, elle affaiblit la défécation et la miction ; des deux côtés, elle l'abolit. L'opération accroît l'excitabilité reflexe des centres pilo-moteurs. Elle ne modifie pas la température des pattes. L'irritabilité y compris celle des vaso-dilitateurs du pénis disparaît entre le 4e et le 7e jour après la section.

La dégénération des nerfs sacrés efférents n'entraîne pas la dégénéra-

tion des rameaux gris sympathiques correspondant aux mêmes racines. La dégénération des fibres d'un côté affecte l'activité des fibres du côté opposé. DASTRE.

D. COURTADE et J.-F. GUYON. Contribution à l'étude de l'innervation motrice de la vessie (*Arch. de physiol., p. 622, 1896*).

Les auteurs ont observé, chez le chien, les résultats de l'excitation des nerfs hypogastriques et des nerfs érecteurs sacrés. Les premiers font contracter les fibres circulaires de la vessie, seulement; c'est-à-dire qu'ils agissent surtout sur la tonicité du col vésical. Au contraire, le nerf érecteur sacré n'agit que sur les muscles longitudinaux : il sert à la projection de l'urine hors de la cavité viscérale et a donc un rôle physiologique antagoniste du précédent. Von Zeissl (1893) a signalé ces faits; mais il ajoute que chacun de ces nerfs, outre son action excitatrice, exerce une action inhibitrice sur l'autre. C. et G. n'ont pas pu observer d'action de ce genre, sauf peut-être une action dilatatrice du col vésical sous l'influence de l'excitation du pneumogastrique au cou. DASTRE.

A.-H. WHILE. On the nutrition of the frog's heart (*The Journ. of phys., XIX, p. 344*).

Le cœur est incapable de se contracter, à moins de contenir dans ses mailles capillaires une matière nutritive (probablement la sérumalbumine). Cette matière nutritive ne saurait être utilisée en l'absence de sels tels que le carbonate de soude, les chlorures de calcium et de potassium. Le cœur ne peut se contracter aux dépens de sa propre substance. Il est épuisé lorsqu'il ne contient plus ni matière alimentaire ni les sels précédents. On ne peut alors le restaurer qu'en l'alimentant avec une liqueur réellement nourricière, telle que sang, sérum, lymphe, contenant à la fois albumine et sels. On ne peut arriver rapidement (en une demi-heure) à laver complètement le cœur de grenouille ; il faut beaucoup plus longtemps. On est assuré du résultat lorsqu'il ne répond plus à l'action du liquide de Ringer. Lorsque après cela une solution sera capable de restaurer les contractions du cœur, elle méritera le nom de solution réellement nourricière. DASTRE.

R. MAGNUS. Ueber die Messung des Blutdruckes mit dem Sphygmographen (Mesure de la pression sanguine au moyen du sphygmographe) (*Zeitschr. f. Biol., XXXIII, p. 178, 1896*).

L'auteur s'est proposé d'enregistrer fidèlement les variations par lesquelles passe la pression dans la carotide du chien à chaque pulsation cardiaque. Il a eu recours à l'inscription des variations de diamètre de l'artère au moyen d''un sphygmographe direct. Les tracés obtenus montrent dans la partie systolique un plateau ondulé précédé de deux ondulations assez aiguës, surtout la première. La partie diastolique débute par une ou deux ondulations (dicrotisme) auxquelles fait suite une ligne de descente non ondulée. Les variations de pression dues aux pulsa-

tions sont énormes si on les compare à la pression moyenne : les maxima atteignent parfois une valeur double de celle des minima.

LÉON FREDERICQ.

J.-W. PICKERING. Experiments on the hearts of mammalian and chick-embryos with special reference to action of electric currents (*The Journ. of phys.*, *XX*, *p. 165*).

Les cœurs des embryons de mammifères (rat, chien, chat, lapin) battent avec un rythme constant que l'on peut entretenir pendant 3 ou 4 jours dans un liquide formé de sang maternel et de chlorure de sodium à 7,5 0/00. Il faut exactement maintenir la température au degré convenable. Lorsque le milieu est formé de la même manière mais avec du sang maternel d'une autre espèce, le rythme cardiaque devient irrégulier. Le même effet s'observe, mais beaucoup moins marqué avec de l'albumine d'œuf; les battements persistent avec force pendant plus de trois jours avec ce mélange. Avec le chlorure de sodium à 7,5 0/00, l'activité se conserve pendant un jour. L'eau distillée (en appareils de verre) est anodine pour le cœur d'embryon, mais n'entretient pas son activité : l'eau distillée en appareils métalliques est toxique. Les plus petites quantités de métal sont oligodynamiques. Les solutions isotoniques sont les plus favorables. Le strophantine provoque un arrêt diastolique, avant même le développement de l'appareil nerveux intracardiaque. La nicotine empêche l'effet d'inhibition produit par les courants interrompus. Le chloroforme exerce une action déprimante sur le cœur de l'embryon quel que soit son mode d'administration ; l'éther est excitant ; l'alcool mitige l'action du chloroforme. Le mélange chloroforme, alcool, éther est le plus favorable.

Les courants faibles interrompus ont peu d'action sur les cœurs très jeunes. Leur accroissement de force augmente la force et la fréquence des battements, et cela jusqu'au délire cardiaque et à l'arrêt systolique. L'inhibition cardiaque n'apparaît qu'après 150 heures d'incubation au plus tôt : l'effet n'est net qu'à l'âge de 200 heures. Si le courant employé est encore renforcé on peut observer un renforcement du cœur au lieu d'un arrêt. L'abaissement de température rend plus difficiles les phénomènes d'inhibition. Il y a sommation des effets produits. La vératrine favorise l'inhibition. De même pour le nitrate de muscarine, la caféine, la digitaline. La température joue un rôle considérable dans les phénomènes d'inhibition. L'acide lactique retarde l'inhibition. L'acide carbonique diminue la toxicité du cœur. Les choses se passent pour le cœur du mammifère comme pour celui du poulet. DASTRE.

J.-W. PICKERING et G. LEWES. The coagubility of the blood of albinos (*The Journ. of phys.*, *XX*, *p. 310*).

L'injection de nucléoprotéide dans les veines d'un lapin provoque la coagulation intravasculaire du sang. Ceci n'a pas lieu si le lapin est albinos. De même pour les injections intraveineuses des colloïdes amido-benzoïques et aspartique. Les auteurs opèrent sur le *lepus variabilis* qui n'est

albinos que durant l'hiver. Ils constatent que pendant que l'animal est dans cette condition, les substances précédentes ne produisent pas la coagulation intravasculaire. Au contraire, quand le lapin est pigmenté, il se produit une coagulation intravasculaire généralisée, mais surtout marquée dans la veine porte, la veine cave inférieure et la veine jugulaire. Dans les deux conditions de l'animal, à la suite de ces injections, le sang de la saignée carotidienne se coagule plus rapidement.

Lorsque l'animal se trouve dans une condition intermédiaire (pigmentation partielle), la coagulation intravasculaire peut ou non se produire, mais toujours la coagulation du sang carotidien est accélérée.

Si, au lieu du sang intra ou extravasculaire, on considère le plasma sanguin, salé (par les sulfates de soude et de magnésie), les colloïdes de Grimaux pas plus que les nucléoprotéides ne produisent la coagulation. Le plasma obtenu avec le carbonate de soude à 1 0/0 coagule plus vite par l'addition des nucléoprotéides (Halliburton) ; mais cet effet n'est pas sensible avec les colloïdes. Halliburton avait conclu de cette expérience avec le carbonate de soude que le fibrin-ferment était une nucléoprotéide. Pickering conclut de ses recherches que les colloïdes de Grimaux, surtout le colloïde aspartique, sont très voisins des protéides.

DASTRE.

C. DELEZENNE. Formation d'une substance anticoagulante par le foie en présence de la peptone (*C. R. Acad. des Sciences*, *11 mai 1896*).

Diverses expériences ont déjà montré que la peptone n'agit pas par elle-même pour rendre le sang incoagulable, mais que vraisemblablement elle provoque dans l'organisme la formation d'une autre substance, seule douée des propriétés anticoagulantes. Diverses recherches semblaient indiquer que cette formation a lieu dans le foie ; mais ce résultat demandait à être confirmé et élucidé. Les expériences entreprises par l'auteur, par circulation artificielle à travers le foie, lui ont montré que, si l'on fait circuler à travers cet organe une solution de peptone, il se produit, en effet, une substance capable de suspendre la coagulation du sang, et que cette substance ne peut pas être produite dans d'autres organes, car, en faisant, dans les mêmes conditions expérimentales que pour le foie, des circulations artificielles dans l'intestin, la rate, le rein, le poumon, etc., on n'obtient pas de liquide capable de retarder la coagulation.

Quelle est la nature de cette substance? Divers résultats expérimentaux portent l'auteur à penser que ce n'est pas un produit nouveau sécrété par le foie en présence de la peptone, mais que ce n'est autre chose que la peptone elle-même modifiée par le foie. En effet, la substance même d'un foie qui vient de donner un produit très anticoagulant ne révèle, dans ses extraits, aucune propriété anticoagulante : il est donc difficile de penser à un principe actif élaboré dans l'intimité des éléments du foie et qui en disparaîtrait d'une façon aussi rapide. M. DUVAL.

C. DELEZENNE. Sur la lenteur de la coagulation normale du sang chez les oiseaux (*C. R. Acad. des Sciences*, *1er juin 1896*).

Tous les ouvrages de physiologie sont d'accord pour attribuer au sang

des oiseaux une coagulation très rapide. Or, quand on reçoit dans un verre à expérience le sang provenant d'une canule introduite sur la carotide ou la jugulaire d'un oiseau, on voit ce sang ne se coaguler qu'avec une extrême lenteur (4 à 6 heures); les globules rouges ont le temps de se déposer, et il se forme ensuite une épaisse couche de couenne ou fibrine incolore. Mais si, au sortir du vaisseau, le sang est en contact avec un des tissus quelconque de l'animal, muscle, tissu conjonctif, coupe de la paroi vasculaire elle-même, ou si, dans le sang extrait avec une canule, on ajoute une goutte de liquide obtenu par expression d'un tissu, la coagulation est immédiate. C'est que le principe coagulant contenu normalement dans les tissus possède chez les oiseaux une très grande activité; et c'est à ce principe, entraîné mécaniquement par le sang qui lave les tissus, qu'il faut rapporter la rapidité de la coagulation du sang chez les oiseaux, lorsque celui-ci est recueilli au niveau d'une plaie ou par décapitation. M. DUVAL.

S. HILLERSOHN et STEIN-BERNSTEIN. Ueber die Wärmecapacität des Blutes (Sur le calorique spécifique du sang) (*Archiv f. Physiol., p. 249, 1896*).

Calorique spécifique du sang normal	0.8693
— du sang riche en globules	0.8450
— de sérum	0.9401
— du sang artériel	0.8724
— — veineux	0.8708

Il n'y a pas de différence entre le sang artériel et le sang veineux, au point de vue du calorique spécifique. Le second présente un calorique plus élevé que les globules. LÉON FREDERICQ.

Lazarus BARLOW. On the initial rate of osmosis of bloodserum with reference to the composition of physiological saline solutions in mammals..... (*The Journal of phys., XX, p. 145*).

La détermination de la valeur initiale de l'osmose du sérum sanguin est très importante pour la solution des questions suivantes : usage thérapeutique de la transfusion; théorie de la formation de la lymphe; formation et absorption des exsudats pathologiques; composition de la solution saline normale. Cette dernière fixéee d'abord à 6 0/00, a passé à 7,5; elle est maintenant à 9,2. L'auteur détermine cette vitesse initiale en cherchant la solution de chlorure de sodium qui, mise en présence du sérum sanguin à travers la membrane osmométrique ne s'élève ni ne s'abaisse, quant à son niveau osmométrique. Les chiffres ainsi trouvés ne coïncident pas avec ceux qui correspondent à des points de congélation identiques. Voici les conclusions de ce travail : à la température de 37° le sérum sanguin du bœuf, du cheval et du mouton est en équilibre osmotique avec une solution de chlorure de sodium à 16 0/00, ce qui équivaut à peu près à dire que la valeur osmotique initiale est la même pour ces deux liquides. Toutes choses égales d'ailleurs, plus le sérum est riche en protéïdes, plus concentrée doit être la solution salée pour l'équilibre osmotique. Par suite de la dialyse, une solution de chlo-

rure de sodium qui a d'abord augmenté aux dépens du sérum placé de l'autre côté de la membrane, pourra plus tard, inversement, être absorbée par le sérum. DASTRE.

J.-B. LEATHES. Some experiments on the exchange of fluid between the blood and tissues (*The Journ. of phys.*, *XIX*, *p. 1*).

L'auteur a étudié : 1° les changements du volume du sang produits par l'injection dans les veines d'un animal de solution de sel et de sucre hypertoniques, isotoniques, hypotoniques; 2° relation entre la pression osmotique de la lymphe et celle du sang dans les conditions précédentes et dans les conditions normales; 3° comparaison des vitesses du cours de lymphe et de la vitesse du liquide qui sort du sang. Voici les résultats de cette étude : *a*. En ce qui concerne le volume du sang. L'accroissement du volume du sang que détermine l'injection de 5 grammes de dextrine (dans 6 centimètres cubes d'eau) par kilogramme d'animal est considérable et hors de proportion avec celle que cause le volume de l'injection. Cet accroissement se produit avec une rapidité remarquable (en 8 minutes, dans une expérience, on a introduit 100 centimètres cubes d'injection, et il a pénétré 800 centimètres cubes empruntés aux tissus). Le volume du sang commence à diminuer aussitôt que l'injection de sucre est terminée. Si l'on injecte des solutions salines et de sérum, on constate les faits suivants : les solutions isotoniques abandonnent les vaisseaux avec des vitesses différentes chez les différents animaux. Les forces qui interviennent dans ces changements de volume du sang sont : l'*osmose* qui a le rôle principal dans la distension du vaisseau, son action est très rapide, l'équilibre osmotique rapidement atteint : alors intervient la *filtration ;* enfin, Hamburger fait intervenir un troisième facteur qu'il appelle *imbibition moléculaire*. *b*. Le point de congélation de la lymphe a toujours été normalement inférieur de 0,005 à 0,010 à celui du sérum. Les injections qui font varier le point de congélation du sérum font varier aussi de la même manière le point de congélation de la lymphe. Ce parallélisme n'a pas été observé par Hamburger. L'auteur explique cette divergence. En résumé, la paroi vasculaire ne joue pas un autre rôle que celui d'une membrane passive ; elle ne peut régler activement la composition du sang circulant. La pression osmotique de la lymphe est toujours légèrement supérieure à celle du sang. Cette légère différence est plus affectée par le métabolisme des tissus que par une fonction active des parois vasculaires. DASTRE.

E.-H. STARLING. On the absorption of fluids from the connective tissue spaces (*The Journ. of phys.*, *XIX*, *p. 312*).

Le fait que le sang est dilué à la suite d'une saignée, et des expériences directes d'œdème artificiel montrent que les solutions salines, isotoniques au plasma sanguin, peuvent être et sont, en effet, directement absorbées par les vaisseaux sanguins. La même chose a lieu pour d'autres liqueurs contenant de très faibles proportions de protéïdes. Une filtration en retour dans les vaisseaux est mécaniquement impossible

dans les tissus connectifs des membres, des muscles et des glandes telles que la sous-maxillaire. Les protéïdes du sérum possèdent une pression osmotique de 30 à 40 millimètres de mercure.

L'absorption des solutions salines isotoniques par les vaisseaux sanguins est déterminée par la pression osmotique des protéïdes du sérum; de même pour l'absorption des tissus après une baisse générale dans l'anémie artificielle. Les protéïdes des liquides interstitiels, quand ils ne sont pas employés dans les tissus eux-mêmes, sont absorbés par le système lymphatique. L'explication de Starling concorde avec celle de Hamburger à la condition de changer le terme de « imbibition moléculaire » par le mot de « pression osmotique ». DASTRE.

Lafayette MENDEL. On the passage of sodium iodide from the blood to the lymph mit some remarks on the theory of lymph formation (*The Journ. of phys.*, *XIX*, *p. 227*).

Des chiens à jeun depuis 24 heures reçoivent une solution d'iodure de sodium dans la veine faciale (2 grammes net par kilo d'animal) : on fait des prises de lymphe dans le canal thoracique et de sang dans l'artère crurale, et on analyse l'iodure. On constate bientôt plus d'iodure dans la lymphe que dans le sang. L'auteur pense, avec Heidenhain, que la substance injectée passe du sang à la lymphe par diffusion, mais que ce processus est aidé par l'activité des cellules endothéliales du vaisseau sanguin. DASTRE.

ATHANASIU, CARVALLO et CHARRIN. Action lymphagogue des produits de la cellule bactérienne (*Soc. de biol.*, *25 juill. 1896*).

Les auteurs recueillent la lymphe qui s'écoule par une canule placée dans le canal thoracique d'un chien. Ils injectent ensuite dans les veines des sécrétions du microbe du pus bleu.

Peu de temps après ces injections, quelques minutes, ils voient cette lymphe devenir louche, lactescente, comme celle de la période digestive; le volume augmente jusqu'à devenir, suivant les doses introduites, sept ou huit fois plus considérable; la coagulabilité diminue dans des proportions énormes. DASTRE.

A. CHAUVEAU. Rapports de la dépense énergétique du muscle avec le degré de raccourcissement qu'il affecte en travaillant (*C. R. Acad. des Sciences*, *20 juill. 1896*).

L'énergie employée dans le muscle est égale au travail mécanique; mais quand un muscle soulève un poids, il n'a pas seulement à le déplacer; il faut encore qu'il le soutienne pendant son déplacement. Or, l'énergie consacrée à cette œuvre de soutien croît avec le raccourcissement du muscle, exactement comme l'élasticité créée par l'état de raccourcissement. Il s'ensuit que le muscle qui soulève un poids à une hauteur donnée, en partant de son degré d'allongement extrême, dépense moins que s'il exécute le même soulèvement en partant d'un état de rac-

courcissement déjà plus ou moins prononcé. A ces conclusions, qui découlent de ses recherches antérieures, l'auteur apporte une nouvelle démonstration, tirée de la dépense énergétique appréciée par les échanges respiratoires. Une série d'expériences exécutées sur le biceps, et reproduites en un tableau, montrent, en effet, que la dépense énergétique est plus forte, pour un même travail extérieur, quand le muscle agit sous un moindre degré de raccourcissement. Il en résulte, comme conclusion pratique, qu'un des meilleurs moyens de faire travailler les muscles économiquement, c'est de les tenir, au moment du raccourcissement qui opère le travail, le plus près possible de leur longueur maxima. M. DUVAL.

A. CHAUVEAU. Sur la transformation de la graisse en hydrate de carbone dans l'organisme des animaux non alimentés (*C. R. Acad. des Sciences, 18 mai 1896*).

La source essentielle de tout travail, dans l'organisme, est représentée par les hydrates de carbone, lesquels comptent toujours au nombre des substances constituantes de l'organisme, même chez les sujets en inanition, chez lesquels il y a, à cet effet, formation incessante de nouveaux hydrates de carbone aux dépens des autres matériaux de l'organisme, c'est-à-dire aux dépens de la graisse et des albuminoïdes. Cette permanence des hydrates de carbone dans l'organisme se constate aussi chez les animaux en état de sommeil hibernal, et dans des conditions et chez des caractères qui permettent de démontrer le rôle des réserves graisseuses dans la formation du glycose et du glycogène. En effet, chez l'animal hibernant, chez la marmotte, la disparition de la graisse coïncidant avec la conservation des hydrates de carbone, alors cependant que ceux-ci sont incessamment détruits, amène nécessairement à penser que les graisses se transforment en hydrate de carbone ; et quant à la manière dont s'opère cette transformation, elle peut être déduite des anciennes expériences de Regnault et Reiset, montrant que la marmotte augmente sensiblement de poids pendant le sommeil hibernal, par le seul fait de sa respiration, parce que l'absorption d'oxygène est plus forte que la production d'acide carbonique. Une équation chimique fort simple rend compte de cette fixation d'oxygène sur les corps gras, c'est-à-dire montre la transformation des corps gras en hydrate de carbone, avec oxydation rudimentaire. Ces faits donnent un renseignement précieux sur la destination immédiate des graisses, en énergétique physiologique. Loin que leur combustion directe soit toujours nécessaire, il apparaît qu'elles se transforment, au moins pour la plus grande partie, en potentiel hydrate de carbone. Or, ce n'est pas là un processus spécial aux animaux hibernants. Quand les animaux inaptes au sommeil hibernal sont soumis à l'inanition, la résorption graduelle et la fonte quasi complète des graisses coïncident, chez eux, avec la permanence de la glycose dans e sang, et si cet hydrate de carbone disparaît à un moment donné, c'est que la dépense incessante qui en est faite, dans les travaux physiologiques, n'est plus compensée par une restitution suffisante ; d'où il résulte que le processus de la transformation des graisses nous échappe facilement, masqué qu'il est, au moins en grande partie, par l'activité des mutations chimiques concomitantes. M. DUVAL.

Louis SCHNYDER. Muskelkraft und Gaswechsel (Force musculaire et échanges gazeux) (*Zeitschr. f. Biol.*, *XXXIII, p. 320, 1896*).

L'auteur a mesuré l'augmentation de l'acide carbonique exhalé par la respiration de l'homme, sous l'influence d'un travail mécanique, déterminée en kilogrammètres. Le sujet placé à l'intérieur d'une roue creuse, la faisait tourner par le mouvement des pieds. Il a constaté qu'à un travail de *n* kilogrammètres correspondait un excès de CO^2 d'autant plus faible que le sujet était mieux entraîné ou plus vigoureux. Le dernier cas montre, d'après l'auteur, que l'excès de CO^2 produit dépend plus du degré d'effort que du travail réellement exécuté. Chez les convalescents, la dépense de CO^2 était très forte. Chez un individu vigoureux, les muscles sont donc pour ainsi dire entraînés, si on les compare à ceux d'un convalescent. LÉON FREDERICQ.

JOACHIMSTHAL. Ueber selbstregulatorische Vorgänge am Muskel (Processus autorégulateurs des muscles) (*Archiv für Physiol.*, *p. 338, 1896*).

L'auteur s'occupe des changements anatomiques qui se produisent par l'usage physiologique dans la longueur et l'épaisseur relative du corps musculaire et du tendon du muscle du mollet quand on déplace le point d'insertion du tendon d'Achille, de manière à raccourcir le bras de levier osseux constitué par la saillie du calcanéum. Il a retranché sur un chat un morceau de calcanéum d'un centimètre d'épaisseur et rattaché le tendon d'Achille à l'os ainsi raccourci, puis sacrifié l'animal 9 mois après et constaté un épaississement du tendon et un empiètement de ce dernier sur le corps musculaire. Le muscle s'arrête à présent à une distance de 4,9 et 6,7 centimètres du calcanéum, au lieu de 3,5 et 5,8 centimètres (mesures du côté non opéré).

Le travail est précédé d'un historique où les travaux de Marey, de Roux, de Rivière, de Strasser, etc., sont rappelés. LÉON FREDERICQ.

J.-B. HAYCRAFT et D. PATERSON. The time of contraction of the papillary muscles (*The Journal of phys.*, *XIX, p. 262*).

Roy et Adami ont inventé un myocardiographe pour l'enregistrement simultané de la paroi ventriculaire et des muscles papillaires (1890). Mais c'est là une méthode compliquée et, en définitive, peu sûre. Les auteurs opèrent plus simplement sur le cœur séparé de l'animal aussitôt après la mort, comme ont fait déjà Fenwick et Overend (1891). Roy et Adami étaient arrivés à cette conclusion que les muscles papillaires se contractent après que le ventricule a déjà commencé sa contraction et qu'ils finissent avant que le ventricule ait fini. Fenwick et Overend ont trouvé que la différence du départ de ces deux contractions était d'environ 1/20 de seconde pour un cœur vigoureux et frais, et ils ont admis qu'à l'état normal les deux contractions pouvaient être synchrones. C'est le synchronisme qu'établissent les traces de H et P pris 1 minute 1/2 après la mort de l'animal. Si le délai

(nécessité par la préparation) augmente, l'intervalle des débuts apparaît et augmente. DASTRE.

F. LAULANIÉ. De la marche du quotient respiratoire en fonction du travail musculaire et du repos consécutif (*Arch. de physiol., p. 272, 1896*).

Lorsque les hydrates de carbone font défaut ou sont insuffisants dans l'alimentation, le quotient respiratoire s'élève pendant le travail et s'approche de l'unité. Pendant le repos consécutif au travail, le quotient respiratoire subit une chute plus ou moins profonde qui le fait tomber au-dessous de la valeur qu'il possédait immédiatement avant le travail. L'élévation du quotient respiratoire pendant le travail est due à la combustion exagérée de glycose qui libère l'énergie mise en œuvre dans le travail (dépense de potentiel). L'abaissement du quotient respiratoire dans les périodes de repos consécutif au travail dénonce l'excédent d'oxygène employé à l'extraction du glycose de remplacement par oxydation incomplète des graisses (renouvellement du potentiel). Lorsque l'animal est saturé d'hydrate de carbone, le quotient respiratoire déjà supérieur à l'unité reste invariable pendant le travail et pendant le repos consécutif, réserve faite d'un léger accroissement qui se poursuit dans les deux périodes. Cet accroissement se rattache sans doute à la formation des graisses par dédoublement, c'est-à-dire à l'une des phases essentielles du renouvellement du potentiel glycose. DASTRE.

W. FILEHNE et H. KIONKA. Die Regulation der Athmung bei Muskelthätigkeit (Régulation de la respiration par l'activité musculaire) (*Archiv f. die ges. Phys., LXIII, p. 234*).

L'activité musculaire accroît le degré d'artérialisation du sang aortique (augmentation d'O, diminution de CO_2). L'accélération respiratoire correspondante ne saurait donc être attribuée à l'état asphyxique du sang de l'encéphale. L'accélération respiratoire explique l'artérialisation du sang plus grande.

On a essayé de l'expliquer d'une autre manière par l'influence réflexe des nerfs musculaires centripètes excités par la contraction des muscles. Pour juger cette explication, Geppert et Zuntz ont sectionné les nerfs et tétanisé les muscles : l'artérialisation du sang et l'accélération respiratoire s'étant produites comme auparavant, ils en ont conclu que les nerfs musculaires sensitifs n'y ont point de part. Cette conclusion n'est pas considérée comme exacte par les auteurs. Il faut savoir, disent-ils, comment se produit l'artérialisation. De plus, ils contestent qu'elle est accrue ; ils ont trouvé une diminution légère d'oxygène. Leurs adversaires G. et Z. ont attribué ce résultat à des circonstances incorrectes de l'expérience ; mais, en rectifiant ces circonstances, le résultat s'est encore montré le même. L'oxygène du sang artériel a diminué et ce sang désoxygéné, excitant le centre respiratoire, a provoqué l'accélération de la respiration. Sous l'action du travail musculaire, les nerfs centripètes, agissant sur le centre respiratoire, renforcent la respiration, accroissent

l'irritation musculaire, et avant que le sang veineux qui en sort arrive au poumon, la pression partielle de l'oxygène est si élevée que le sang s'y trouve artérialisé aux 14/15 de saturation. Et on comprend ainsi le fait découvert par Geppert et Zuntz de l'hyper-artérialisation du sang par le travail musculaire. DASTRE.

SCHUMBURG et N. ZUNTZ. Zur Kenntniss..... (Des effets produits par le séjour en haute montagne sur l'organisme de l'homme) (*Arch. f. die ges. Physiol.*, *LXIII*, *p. 461*).

S. et Z. établissent que la consommation d'O s'accroît sur les hauteurs. Les grandes altitudes agissent par des excitations portant sur le système nerveux qui, modérées, sont bienfaisantes, et au delà défavorables et paralysantes. Le fait essentiel de ce travail est la constatation de l'accroissement de consommation matérielle produit par le travail aux grandes altitudes. DASTRE.

G. LEWINSTEIN. Zur Kenntniss der Wirkung verdünnten Luft (Action de l'air sous dépression) (*Archiv f. die ges. Phys.*, *LXV*, *p. 278*).

L'auteur a constaté que des lapins soumis à de l'air renouvelé sous la dépression de 30 à 40 centimètres de mercure (correspondant à un séjour à des hauteurs de 5,000 à 7,500 mètres) mouraient tous dans le courant du second ou du troisième jour. Le cœur présentait une dégénération graisseuse énorme, suffisante à expliquer la mort; de même le foie, les reins, le diaphragme et les muscles volontaires. Il y a entre les animaux des différences individuelles comme entre les hommes, et l'on sait en effet que l'on a observé, après un court séjour à des hauteurs modérées, des cas de mort rapide explicable par la dégénérescence graisseuse du cœur. DASTRE.

Max LEWANDOWSKY. Die Regulirung der Athmung (La régulation de la respiration) (*Archiv f. Physiol.*, *p. 195*, *1896*).

Chez le lapin normal, non narcotisé, toute excitation faible, mais suffisante, du bout central du pneumogastrique, produit une diminution de la profondeur des inspirations (inhibition de l'inspiration) sans changement du nombre des mouvements respiratoires. Si l'on augmente graduellement la force de l'excitant, on produira une accélération des mouvements d'inspiration et finalement un arrêt en inspiration. Si l'on dépasse une certaine intensité de l'excitant, l'excitation devient douloureuse et provoque une respiration désordonnée. Ces phénomènes s'observent pour des courants constants interrompus, ascendants ou descendants, pour des courants alternatifs et très probablement aussi pour des excitations mécaniques. Le courant constant ascendant (probablement aussi l'excitation chimique) présente cette particularité qu'il agit uniquement dans le sens d'une inhibition de l'inspiration.

Pendant la dyspnée, les pneumogastriques présentent une diminution de leur excitabilité. Il est souvent difficile, dans ce cas, d'obtenir l'inhi-

bition de l'inspiration produite par les courants faibles. Jamais on n'obtient l'arrêt en inspiration.

Pendant la narcose chloralique, l'excitation produit surtout des effets d'expiration (inhibition complète de l'inspiration). Il en est de même après une forte saignée ou dans l'empoisonnement par la morphine. A un certain stade de la narcose chloralique, les courants faibles produisent un effet d'expiration, les excitants moyens un effet d'inspiration, et les excitants forts de nouveau un effet d'expiration.

L'auteur combat l'opinion généralement admise de l'existence de deux catégories de fibres dans le pneumogastrique, les unes provoquant par voie réflexe l'inspiration, les autres l'expiration. Les effets variés de l'excitation des fibres centripètes des pneumogastriques dépendent de l'état momentané des centres respiratoires auxquels ces fibres transmettent l'excitation. A certains moments, l'excitation des fibres renforce l'excitation naturelle des centres, d'où effet d'inspiration. A d'autres moments, il y a interférence des deux actions et effet d'expiration.

Les résultats des expériences d'insufflation et de collapsus pulmonaire (exp. de Hering et Breuer) s'expliquent également d'après lui en admettant une seule catégorie de filets pulmonaires; les fibres arrestatrices provoquant, par voie réflexe, l'arrêt en expiration. L'effet d'inspiration qui s'observe dans le collapsus pulmonaire s'expliquerait non par excitation de fibres d'inspiration, mais par suppression de l'excitation tonique de ces fibres d'expiration, excitation qui se produirait toujours dans l'inspiration.

Nous renvoyons à l'original pour le détail des nombreuses expériences et pour la discussion des vues théoriques de l'auteur. LÉON FREDERICQ.

E. ARON. Ueber die Einwirkung..... (De l'influence de l'air comprimé ou raréfié sur la pression intrapleurale et la pression sanguine du lapin) (*Arch. für pathol. Anat.*, *CXLIII*, *2*).

En faisant respirer un lapin dans de l'air comprimé ou raréfié, Aron constata, en enregistrant la pression intrapleurale, des modifications dans le mécanisme respiratoire. En faisant respirer de l'air comprimé, on voit augmenter la pression négative intrapleurale, qui diminue dès qu'on diminue la compression de l'air inspiré. D'autre part, la respiration de l'air raréfié amène une diminution de la pression intrapleurale.

ÉD. RETTERER.

E. LANDERGREN. Ueber Erstickungserscheinungen an den Kreislaufs und Athmungsapparat (Phénomènes de l'asphyxie des appareils circulatoire et respiratoire) (*Skandinav. Archiv f. Physiol.*, *VII*, *p. 1*, *1896*).

L'auteur admet avec Högyes, S. Mayer, etc., 3 stades dans l'asphyxie : A un stade de dyspnée pendant lequel l'excitation des centres respiratoires bulbaires va croissante (inspirations profondes, puis convulsions expiratoires); B une pause respiratoire due à une action d'inhibition exercée sur les centres bulbaires, et C le stade des inspirations terminales.

L'auteur ne croit pas devoir attribuer les mouvements respiratoires

terminaux à des centres respiratoires spinaux. Il admet, cependant, l'existence de ces derniers.

L'excitation du centre modérateur du cœur croît pendant A, atteint son maximum en B, décroît rapidement en C.

Quant aux centres vasomoteurs, l'auteur a réussi à faire la part des centres bulbaires et des centres spinaux, en répétant ses expériences, après la section de la moelle cervicale. Les centres vasomoteurs bulbaires sont vivement excités en A. Leur excitation atteint son maximum à la fin de A, puis décroit rapidement pendant B. A la fin de B, ces centres sont déjà paralysés. Au contraire, les centres vasomoteurs spinaux ne commencent à être excités qu'à la fin de B ; leur excitation va croissant pendant C, atteint son maximum à la fin de C et se prolonge même après le dernier mouvement respiratoire.

Le centre convulsif est vivement excité à la fin de A. Il est au repos pendant B et C, mais montre parfois un regain d'excitation immédiatement après la fin de C. LÉON FREDERICQ.

A. ELLINGER. Ernährungsversuche mit Drüsenpepton (Expériences d'alimentation au moyen de peptone pancréatique) (*Zeitschr. f. Biol., XXXIII, p. 190, 1896*).

L'auteur constate que le chien peut parfaitement vivre et augmenter son stock d'albuminoïdes si on lui fournit comme aliment azoté de la poudre de viande ou de la peptone de Witte (albumoses). L'animal perd, au contraire, de son poids si on remplace l'albumine alimentaire par de la somatose ou de la peptone pancréatique obtenue par autodigestion du pancréas. L'antipeptone, dernier produit de la digestion pancréatique, n'a donc pas une valeur nutritive comparable à celle de l'albumine ou de la propeptone. LÉON FREDERICQ.

NUTALL et THIERFELDER. Weitere Untersuchungen über bacterienfreie Thiere (Nouvelles recherches sur des animaux ne contenant pas de bactéries) (*Arch. f. Physiol., p. 363, 1896*).

Les auteurs ont décrit, dans un précédent travail, les procédés ingénieux qui leur ont permis de nourrir et d'élever des cochons d'Inde, à partir de leur naissance, dans un milieu rigoureusement aseptique. Dans leurs premières expériences, les animaux étaient nourris avec du lait. Les auteurs les ont poursuivies en utilisant une nourriture végétale riche en amidon et pauvre en cellulose. Sur les cinq expériences entreprises, deux réussirent complètement. Les cochons d'Inde vécurent dix jours, puis furent tués. On constata l'absence de bactéries dans leur intestin. Les urines des animaux contenaient des dérivés hydroxydés du benzol (coloration rouge par le réactif de Millon). Ces substances peuvent donc se former, dans l'organisme, en dehors de l'intervention de la putréfaction intestinale, comme l'avait d'ailleurs affirmé Baumann.

LÉON FREDERICQ.

E. PFLÜGER. Die Ernährung mit Kohlehydraten..... (Alimentation avec les hydrates de carbone seuls ou mélangés à la viande, d'après 27 recherches exécutées par Pettenkofer et Voit) (*Archiv f. die ges. Phys.*, *LXII*, *p. 239*).

L'auteur déclare que les notions sur la nutrition, devenues classiques depuis les expériences de Pettenkofer et Voit, en 1873, sont fausses et reposent sur des erreurs. P. et V. ont voulu démontrer que, dans l'engraissement, la graisse nouvellement formée provenait de l'albumine e non des hydrates de carbone. La cause de leur erreur serait la suivante: tandis que, pour l'engraissement ou l'accroissement du corps, il faut un excédent d'alimentation par rapport à la dose d'entretien, dans les expériences de V. et P., le plus souvent, il n'y aurait eu qu'un excédent insignifiant ou nul, malgré la quantité considérable d'hydrates de carbone.

DASTRE.

N.-A. JOUKOFF. Sur l'influence du jeûne sur le développement du système nerveux central chez les animaux nouveau-nés (*Vratch*, *n° 45*, *et Thèse de Saint-Pétersbourg*, *1896*).

Le jeûne complet diminue faiblement le poids du cerveau et de la moelle. Les parties du cerveau qui perdent de leur poids sont celles en voie d'évolution; elles subissent un arrêt de développement. En particulier, dans les fibres nerveuses dépourvues encore de myéline, les cylindres-axes cessent de s'entourer de myéline. Aussi la moelle épinière, dont le développement est presque complet au moment de la naissance, présente-t-elle moins de différences que le cerveau.

En outre de l'arrêt de développement de la myéline, on peut observer la dégénérescence en boules de la myéline déjà formée et la nécrose de coagulation des cellules nerveuses, celle-ci étant plus prononcée chez les animaux nouveau-nés soumis au jeûne que chez les animaux adultes affamés.

Chez les divers nouveau-nés soumis au jeûne, on observe également une odeur particulière du cerveau, décrite par Betcherew, analogue à l'odeur de putréfaction, et qui apparaît déjà avant la mort de l'animal.

Le retard de l'excitabilité de l'écorce cérébrale, dans les mêmes conditions, est dû à l'arrêt de développement de la myéline du faisceau pyramidal.

Si l'on fait suivre la période de jeûne d'une période de nutrition compensatrice, tous les phénomènes anatomiques ci-dessus décrits disparaissent rapidement. Une diète relative provoque les mêmes phénomènes que le jeûne complet, mais d'une façon bien moins prononcée.

H. FRENKEL.

F. TANGL. Ueber den Einfluss der Körperbewegung auf die Magenverdauung (Influence des mouvements du corps sur la digestion gastrique) (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXIII*, *p. 545*).

Le mouvement (galop), durant l'heure qui suit le repas, favorise chez le cheval le cours de la digestion gastrique, et, en particulier, accélère considérablement la digestion des matières féculentes. Ceci n'a lieu que

pendant la première période. Cet effet favorable est dû à une influence du même genre exercée sur l'activité sécrétoire. DASTRE.

Erwin VOIT. Ueber die unterste Greuze des Stickstoffgleichgewicht (Sur la limite inférieure de l'équilibre d'azote) (*Zeitschr. für Biol.*, *XXXIII*, *p. 333*, *1896*).

Article de polémique contre J. Munk. J. Munk affirme que l'on peut maintenir un chien en équilibre d'azote en lui donnant une nourriture contenant moins d'albumine qu'il n'en détruirait dans son corps quand il était soumis à un jeûne complet. Il faut, pour obtenir ce résultat, que la ration, pauvre en albumine, soit très riche en graisse ou en hydrocarbonés. E. Voit critique les conditions expérimentales dans lesquelles Munk s'est placé et maintient que le minimum d'albumine alimentaire compatible avec la conservation de l'équilibre azoté dépasse la valeur de l'albumine détruite pendant le jeune, conformément à la doctrine de Carl Voit.

LÉON FREDERICQ.

G. FRIEDLÄNDER. Die Resorption gelöster Eiweisstoffe im Dünndarme (Résorption des solutions de substances albuminoïdes dans l'intestin grêle (*Zeitschr. f. Biol.*, *XXXIII*, *p. 264*, *1896*).

L'auteur introduit la solution d'albuminoïdes dans une anse intestinale limitée par deux ligatures, chez le chien vivant. L'animal est laissé libre, puis tué quatre heures après et le contenu de l'anse analysé. On constate l'absorption de 20 0/0 de l'albumine du sérum ou de l'œuf, de 60 0/0 d'albuminate alcalin, 70 0/0 d'albumose, 90 0/0 de peptone commerciale. La caféine, l'albumine acide, la myosine ne sont pas résorbées et se retrouvent à la surface intestinale sous forme de dépôt solide, membraneux, sans aucun doute parce que le véhicule acide ou alcalin qui les maintenait en solution est absorbé trop rapidement.

L'albumine est absorbée sans être transformée en peptone. Le véhicule liquide est résorbé en totalité ou en grande partie. Sa résorption est donc en partie indépendante de celle de l'albumine.

L'auteur fait remarquer que l'absorption des substances albuminoïdes est contraire aux lois physiques de l'osmose et suppose une intervention active de la paroi intestinale. LÉON FREDERICQ.

Fr. BATTELLI. Action de diverses substances sur les mouvements de l'estomac et innervation de cet organe (*C. R. Acad. des Sciences*, *29 juin 1896*).

Les mouvements de l'estomac sont énergiquement excités par la muscarine, la pilocarpine, la physostigmine ; par contre, ils sont diminués par le curare, l'éther, le chloroforme, la morphine, le chloral, l'atropine.

Il existe dans le nerf vague des fibres motrices et des fibres inhibitrices pour l'estomac ; elles proviennent toutes de la branche interne du spinal. L'action motrice est augmentée par la vératrine, la nicotine, abolie par l'atropine. L'action inhibitrice est excitée par la pilocarpine.

Le nerf splanchnique est inhibiteur ; il est à cet égard totalement paralysé par l'atropine. M. DUVAL.

Léon ASHER et Fritz LUSHER. Ueber die elektrischen Vorgänge im Oesophagus während des Schuckactes (Phénomènes électriques accompagnant la déglutition œsophagienne) (*Archiv f. Physiol.*, *p. 253*, *1896*).

Les auteurs relient la surface de l'œsophage du lapin au moyen de deux électrodes en forme de crochets métalliques avec les deux pôles de l'électromètre capillaire et constatent que chaque mouvement de déglutition s'accompagne d'une variation électrique qui produit un mouvement du ménisque de l'électromètre. LÉON FREDERICQ.

CHARRIN et DESGREZ. Action des solutions minéralisées sur la nutrition (*Soc. de biol.*, *18 juill. 1896*).

Ces auteurs ont vu que l'injection de ces solutions, en dehors d'une série d'influences sur la pression, sur la dialyse, sur le système nerveux, etc., font varier la nutrition, augmentent en général l'urée.

Toutefois, si on introduit des proportions trop considérables, supérieures à 5, à 8, par kilogramme, on obtient des résultats inverses.

A. C.

F.-W. PAVY. Sugar formation in alcohol-coagulated liver (foie) (*Proc. of the phys. Soc.*, *in The Journ. of phys.*, *XX*, *août 1896*).

Le foie frais peut fournir de 35 à 45/00 de sucre, évalué en glucose. Le foie écrasé dans l'alcool et conservé en poudre desséchée fournit une quantité correspondante de sucre, si on vient à faire macérer cette poudre dans l'eau. C'est une production de sucre *post mortem*. DASTRE.

Noël PATON. On the relationship of the liver to fats (Relations entre le foie et les graisses) (*The Journ. of phys.*, *XIX*, *p. 167*).

Le foie doit être regardé comme le grand régulateur de la compensation entre les hydrates de carbone et les albuminoïdes. Il n'est pas placé sur le trajet de l'absorption des graisses. Si l'on examine les différentes parties du foie on trouve que la distribution des substances solubles dans l'éther est uniforme. L'extrait éthéré varie autour de 5 0/0 de la masse du foie. Après l'extraction par l'éther, il reste des acides gras à l'état de savons, et une autre partie en combinaisons (nucléines ou leucoalbumines) décomposables par l'acide chlorhydrique. L'extrait éthéré du foie contient de 40 à 90 0/0 d'acides gras. Ceux-ci constituent donc environ 3 0/0 du foie. Les graisses du foie se distinguent de celles du reste de l'organisme par une plus faible proportion d'acide oléïque. La lécithine est un constituant constant formant 2,35 0/0 du poids du foie. Elle contient environ la moitié des acides gras. Sa quantité varie en raison inverse des acides gras. La méthode d'Hofmann ne permet point de déterminer les acides gras libres. Lorsque la lécithine est abondante, l'acidité est forte; quand elle est moins abondante, l'acidité est à peu près celle des graisses du reste de l'organisme. La quantité de cholestérine est moindre que celle que l'on indique ordinairement; elle oscille autour

de 0,039 0/0 chez le lapin et 0,029 0/0 chez le chat. Les substances autres que les graisses, lécithine, cholestérine, dans l'extrait éthéré du foie varie de 42 0/0 à 22 0/0 de l'extrait, moyenne de 12,1 0/0. La proportion diminue quand les acides gras augmentent. Les pigments n'en forment qu'une faible fraction. L'extrait éthéré peut ou non contenir du soufre. Sa présence tient à celle de la jécorine; son absence à la décomposition de cette substance par la dessication. Les graisses peuvent être transportées dans le foie et s'y accumuler; elles peuvent aussi s'y produire. Elles ne subissent pas une transformation aussi simple que le glycogène. Elles disparaissent par transport ou par métabolisme. Une partie des acides gras est liée avec le phosphore et la choline, à l'état de lécithine, et celle-ci est le prédécesseur des composés nucléiniques de l'organisme. Le foie semble ainsi posséder le fonction d'utiliser et d'économiser le phosphore organique en le combinant aux acides gras avant de le livrer aux composés nucléiniques. Un jeûne de 56 heures chez le chat et de 96 heures chez le pigeon ne diminua pas la réserve de graisse hépatique. Cette réserve ne disparaît point dans l'inanition. L'excès de graisse alimentaire est emmagasiné dans le foie. La quantité de graisse n'est pas proportionnelle à la quantité de glycogène. Une alimentation riche en hydrates de carbone tend à augmenter la graisse hépatique. La disparition du glycogène hépatique s'accompagne de l'accroissement des acides gras à point de fusion élevé; le sérum sanguin restant clair, il semble bien que les acides gras se forment aux dépens du glycogène. L'augmentation des protéïdes alimentaires n'augmente pas la graisse du foie.

DASTRE.

Ernest STARLING. On the asserted effect of ligature of the portal lymphatics on the results of intravascular injection of peptone (*The Journal of phys., XIX, p. 15*).

Gley et Pachon (1895) lient les lymphatiques porte et constatent qu'ensuite l'injection de peptone n'a plus son effet retardateur sur la coagulation du sang. L'auteur a toujours observé un résultat contraire à celui qu'annonce Gley. Il ne voit pas d'explication à une telle contradiction de fait qu'en supposant que le physiologiste français est tombé sur un groupe de chiens possédant l'immunité contre la peptone.

DASTRE.

M. NOSSE. Zur Kenntniss der Umfanges der zuckerbildenden Funktion des Leber (Étendue de la fonction glycogénique du foie) (*Archiv f. die ges. Phys., LXIII, p. 613*).

L'auteur reprend les analyses du sang artériel et du sang des veines sous-hépatiques, en se mettant dans les meilleures conditions. Il trouve en moyenne que le sang artériel contient $0^{gr},930$ de sucre par litre et le sang de la veine sus-hépatique 1,07, c'est-à-dire un excès notable, soit 0,14 par 1000. Pour d'autres séries il a obtenu 0,22 et 0,33 0/00.

DASTRE.

Lafayette MENDEL. Ueber den sogenannten paralytischen Darmsaft (Sur le prétendu suc intestinal paralytique) (*Archiv f. die ges. Phys.*, *LXIII*, *p. 425*).

Dans ses expériences d'énervation de l'intestin Moreau (1868) insistait sur ce point que le liquide recueilli par sa méthode était analogue à celui de la fistule Thiry-Vella, c'est-à-dire à la secrétion intestinale normale. L'auteur confirme après Masloff, Hanau, Lauder Brunton et Pye Smith, ce fait que le liquide obtenu à la suite d'énervation est une sécrétion et non un simple transsudat, comme on l'a prétendu. Sa composition est identique à celle du liquide obtenu par fistule, quant à l'alcalinité et à la teneur en chlorures. La faible teneur en albumine proteste d'ailleurs contre l'hypothèse de la transsudation. Contrairement à Leubuscher et Tecklenburg, l'auteur assure que le suc en question peut digérer l'amidon et transformer en dextrose le sucre de cannes, la maltose et non la lactose. La muqueuse présente d'ailleurs les mêmes caractères que dans les autres parties. DASTRE.

I. — Waymouth R. ID. A method for the study of the intestinal absorption of peptone (*The Journal of phys.*, *XIX. p. 240*).

II. — Le même. The influence of the mesentere nerves on intestinal absorption (*Ibid.*, *XX*, *p. 298*).

I.—L'acide trichloracétique précipite les albuminoïdes, sérumalbumine, sérumglobuline, fibrinogène, nucléoalbumine, mucine, et ces précipités ne sont pas redissous par ébullition à 100°. Tout au contraire, les précipités fournis par les peptones de Grübler ou de Witte sont redissous à cette température ou plus bas. La peptone de Grübler est la plus favorable pour cette séparation. L'analyse quantitative des peptones peut être faite par la méthode colorimétrique et par la méthode spectro-photométrique, par la méthode polarimétrique et par la méthode du facteur azote. Pour cette dernière, il faut se débarrasser des impuretés des peptones commerciales, à savoir : leucine, tyrosine, acides aspartique et glutamique, lysine et lysatine.

La peptone de Grübler est introduite dans une anse intestinale séquestrée. On emploie, par exemple, 50 centimètres cubes de la solution à 1 0/0. Après 3 minutes, on retire 48 centimètres cubes de liquide. On lave. On estime la peptone par la méthode de Kjeldahl après traitement par les acides trichloracétique et phosphotungstique. On retrouve, en définitive, 98.41 0/00 de la peptone introduite.

II. — L'auteur s'est proposé de savoir si, en dehors de l'action des nerfs vaso-moteurs, il y avait quelque influence nerveuse exercée par les nerfs mésentériques directement sur l'absorption intestinale. Il constate que les effets de l'excitation et de la section des nerfs mésentériques sur l'absorption de peptone et d'eau peuvent être expliqués pleinement par la modification de l'afflux sanguin déterminée par les nerfs vaso-moteurs. Il n'y a donc pas de raisons d'admettre des nerfs qui régiraient directement l'absorption comme il y en a qui régissent directement la sécrétion. DASTRE.

C. BALLANCE et Walter EDMUNDS. Contribution to the physiology of the intestines (*Proc. phys. Soc., in The Journ. of phys., XX, août 1896*).

Lorsque l'on opère un court circuit entre deux anses d'intestin, chez le chien, de manière que le chyme puisse suivre deux voies, l'une plus courte à travers les deux boutonnières correspondantes, l'autre plus longue, voie normale, le long de l'anse interposée aux deux boutonnières, on constate que cette dernière partie se raccourcit et se rétrécit considérablement.

Si l'on sectionne l'intestin et qu'ayant fermé le bout supérieur on abouche ce bout supérieur à quelque distance de l'extrémité du fragment inférieur, celui-ci se vide bien et conserve son diamètre. Au contraire, il y a distension si l'on procède d'une façon inverse.

Dans une expérience, on sectionna un fragment d'intestin et on le rétablit tête-bêche, c'est-à-dire de manière que, dans ce fragment, les aliments dussent suivre une direction inverse de la direction normale. L'animal survécut. La portion inversée était considérablement réduite et, d'ailleurs, distendue à l'extrémité supérieure. DASTRE.

G. MUSCATELLO. Ueber den Bau..... (Sur la structure et le pouvoir absorbant du péritoine) (*Archiv f. pathol. Anat., CXLII, 2*).

En injectant dans la cavité abdominale du lapin et du chien des solutions physiologiques tenant en suspension du carmin ou de l'encre de Chine, Muscatello étudia les voies d'absorption du péritoine. Dans les conditions normales, c'est la séreuse diaphragmatique qui absorbe uniquement la lymphe de la cavité abdominale. Des lymphatiques du diaphragme transportent les substances absorbées dans les ganglions lymphatiques du médiastin; de là elles sont versées dans les vaisseaux sanguins qui les distribuent ultérieurement dans les ganglions de la cavité abdominale, dans le foie et dans le rein. On constate, en effet, pendant les premiers temps (20 minutes à 1 heure après l'injection), l'absence complète de corpuscules de carmin ou d'encre de Chine dans les ganglions lymphatiques de la cavité abdominale, ainsi que dans le foie et la rate.

Étudiant ensuite la structure de la séreuse abdominale, Muscatello ne put voir les prétendus orifices (stigmates ou stomates), ou plutôt il les regarda comme des accidents de préparation. Les cellules endothéliales de la séreuse sont munies de prolongements ramifiés et forment une couche continue. Entre ces cellules, on trouve par-ci par-là des leucocytes. En se rétractant, ces cellules endothéliales déterminent la formation d'espaces intercellulaires recouverts par la zone homogène continue de la séreuse.

Les cellules endothéliales reposent sur une membrane conjonctive mince (membrane limitante) qui présente des orifices dans la région de la séreuse diaphragmatique. Nulle part ailleurs, dans la cavité abdominale, la membrane limitante n'est munie de ces orifices.

Les granulations très fines (carmin) peuvent traverser les intervalles des cellules endothéliales elles-mêmes ou bien sont transportées par les

globules blancs. Les grains plus gros (grains d'amidon) sont emportés par les globules blancs ou bien prennent le chemin, c'est-à-dire les trous creusés par le passage antérieur des leucocytes. ÉD. RETTERER.

D. ADLER et **S.-J. MELTZER. Ueber die Bedeutung der Lymphwege..... (Importance des voies lymphatiques pour la résorption de petites quantités de liquide dans la cavité abdominale)** (*Centr.f. Physiologie*, *X*, *p. 219*, *1896*).

Les travaux récents d'Orlow, d'Heidenhain, de Starling et Tubbey, et surtout de Hamburger, ont conduit à la conclusion que les lymphatiques ne jouaient qu'un rôle tout à fait secondaire dans l'absorption des liquides épanchés dans la cavité péritonéale. Les auteurs montrent, au contraire, que pour de petites quantités de liquides introduits dans le péritoine, l'absorption est fortement ralentie chez le lapin, si les voies lymphatiques ont été au préalable liées (ligature des deux veines anonymes pour arrêter la lymphe du canal thoracique, ligature des jugulaires externes sur les animaux servant de contrôle).

Dans ces conditions, le ferro-cyanure de potassium injecté dans le péritoine apparaît beaucoup plus tard dans les urines. Pareillement, les symptômes de l'empoisonnement par le strychnine sont regardés (après injection de strychnine). Ils en concluent que les lymphatiques jouent ici le principal rôle dans l'absorption. LÉON FREDERICQ.

A. HUBER. Contribution à l'étude de la résorption au niveau du rein (*Archives de physiol.*, *p. 553*, *1896*).

Dans des recherches antérieures l'auteur a étudié les conditions de la résorption rénale; ici il en étudie le lieu. Il constate que: 1° la résorption ne s'effectue pas au niveau du bassinet; c'est en amont, dans les tubes urinifères, qu'a lieu le passage; 2° la tension vasculaire et la vitesse de circulation du sang n'exerçent qu'une influence peu marquée sur la résorption. Néanmoins, une augmentation de la pression sanguine élève un peu la limite minima à laquelle débute le phénomène. Inversement, un abaissement de la tension vasculaire abaisse légèrement cette limite; 3° les agents qui exagèrent l'activité sécrétoire du rein, sans donner lieu à de sensibles variations de la pression sanguine, telles que les substances dites *diurétiques rénales*, exercent une influence manifeste sur la résorption; ils augmentent la valeur de la pression intra-rénale minima nécessaire pour observer le début du phénomène et l'opposent donc puissamment à la résorption. DASTRE.

W. EBSTEIN et **A. NICOLAIER. Ueber die Ausscheidung..... (Sur l'excrétion de l'acide urique, par le rein)** (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXLIII*, *2*).

En mêlant pendant cinq mois et demi de l'acide urique à la nourriture d'un chien, on ne voit aucune modification se produire ni dans le rein ou les conduits excréteurs de l'urine.

Après avoir injecté dans les veines d'un lapin $0^{gr},4$ d'acide urique dissous dans une solution de pipérazine, on sacrifia l'animal 22 minutes

après l'injection, pour examiner les voies urinaires. Sur d'autres lapins, on injecta à plusieurs reprises, durant plus d'un mois, de l'acide urique en solutions variées dans le tissu sous-cutané et dans la cavité péritonéale.

Les reins présentèrent toujours des altérations : les tubes urinifères montraient des cellules remplies d'un ou de plusieurs sphérolithes (cellules uratiques). D'autres sphérolithes étaient libres dans les tubes urinifères, c'est-à-dire n'étaient pas contenus dans des cellules. Des cylindres hyalins se trouvaient dans les tubes urinifères et, chez quelques animaux soumis pendant quelque temps à ce régime, on constata une augmentation, c'est-à-dire un prolifération du tissu conjonctif interstitiel du rein.

Voici comment, d'après ces faits, Ebstein et Nicolaier expliquent l'élimination de l'acide urique introduit dans l'organisme du lapin : l'acide urique imprégne, probablement sous la forme d'urates, les cellules épithéliales des tubes urinifères. Ces cellules s'agrandissent et gonflent et les urates y prennent la forme de sphérolithes ; mais à mesure que ces derniers augmentent, le protoplasma de la cellule disparaît, ce qui aboutit à la formation de sphérolithes libres. En tout cas, ces derniers possèdent une charpente organique qui reste seule en conservant l'aspect radié, quand on a dissous les urates.

Ces sphérolithes ont une grande analogie avec certaines formations qu'on trouve normalement dans les produits rénaux des oiseaux et des reptiles.

De plus, il est intéressant de rapprocher les résultats expérimentaux précédents des troubles inflammatoires qu'on observe si souvent dans le rein, par exemple, dans la néphrite uratique. ÉD. RETTERER.

C. POPIELSKI. Ueber secretorische Hemmungsnerven des Pankreas (Sur les nerfs d'arrêt de la sécrétion pancréatique) (*Centralbl. f. Physiol.*, *X*, *p. 405*, *1896*).

L'auteur confirme l'existence dans le pneumo gastrique de filets nerveux qui excitent la sécrétion pancréatique chez le chien et d'autres filets qui l'arrêtent. On démontre facilement l'action arrestatrice du pneumogastrique en excitant le nerf, après que la sécrétion pancréatique a été mise en train par l'introduction d'acide chlorhydrique à 5 pour m ille dans le duodénum ou par l'action de la pilocarpine. Période latente de 5 à 7 secondes.

L'auteur décrit le trajet des nerfs secréteurs du pancréas dans l'épaisseur de la paroi stomacale, le long du pylore et à côté des vaisseaux du pancréas. Il considère comme probable l'existence d'un centre réflexe de la sécrétion pylorique, situé non dans la moelle allongée, mais au niveau du pylore. LÉON FREDERICQ.

E. SCHÄFER et B. MOORE. On the contractility and innervation of the spleen (*The Journ. of phys.*, *XX*, *p. 1*).

Mémoire étendu dans lequel le problème des mouvements de la rate est repris systématiquement par la méthode plethysmographique. Les conclusions sont les suivantes :

La rate possède une contractilité rythmique, intrinsèque, indépendante

du système nerveux central et des ganglions sympathiques. Elle reçoit à la fois des nerfs moteurs et des nerfs inhibitoires qui lui arrivent par le splanchnique. Le pneumogastrique ne contient pas de filets qui influencent directement la motricité de cet organe. Le volume de la rate est extrêmement sensible à toutes les fluctuations de la pression générale du sang ; la circulation dans l'organe est tout entière commandée par la différence entre la pression artérielle et la pression veineuse. La contractilité de la rate dépend, à un haut degré, de l'état dyspnéique du sang, qui non seulement provoque la contraction de l'organe, mais accroît encore son mouvement rythmique. Quand l'organe est séparé de ses connexions nerveuses, l'asphyxie provoque une dilatation de la rate, et l'accroissement de la pression générale du sang provoque une dilatation passive. Certaines substances ont une action spécifique sur les mouvements rythmiques de la rate : parmi elles, le curare et l'extrait de cerveau. Le tissu musculaire de la rate, chez le chien et le chat, est innervé par un très grand nombre de racines nerveuses, de la 3e à la 14e post-cervicale. Le groupe le plus actif, à en juger par l'excitation qu'il provoque, vient de la 5e à la 9e post-cervicale. De même le plus grand nombre vient du côté gauche : il n'y a point à cet égard de symétrie bilatérale. L'effet produit par les injections de nicotine montre que les fibres ont des connexions cellulaires dans les ganglions de la chaîne et probablement dans le ganglion semi-lunaire. DASTRE.

Félix KÖSTER. Ueber Stäbchen-und Zapfensehschärfe (Acuité visuelle des batonnets et des cônes (*Centralbl. f. Physiol.*, *X*, *p. 433*, *1896*).

L'auteur a déterminé l'acuité visuelle de l'appareil des bâtonnets, en opérant dans la chambre obscure, au moyen d'objets blancs faiblement éclairés, il a constaté que l'acuité visuelle est nulle pour cet appareil au niveau de la *fovea centralis* (où les bâtonnets sont absents) ; elle augmente ensuite rapidement entre 5° et 10°, pour se maintenir à partir de 10° à peu près constante sur toute l'étendue de la rétine. Il y a cependant une légère diminution depuis 10° jusqu'à la périphérie de la rétine.

Pour l'appareil des cônes (objets éclairés, vus en plein jour) l'acuité visuelle est très développée au niveau de la *fovea centralis*, elle décroît très rapidement du centre de la rétine jusque vers 5°, de 5° à 30° la décroissance est moins brusque et de 30° jusqu'à la périphérie de la rétine s'observe une légère diminution de l'acuité.

Les courbes d'acuité pour les différentes distances, comptées à partir de la fovea, sont donc différentes pour les deux appareils sensibles de l'œil. Les valeurs trouvées s'expliquent parfaitement, d'après ce que nous savons de la richesse des différentes régions de la rétine en cônes et en bâtonnets. LÉON FREDERICQ.

S. EPSTEIN. Ueber Modification der Gesichtwahrnehmungen..... (Modification des sensations visuelles sous l'influence de sensations acoustiques concomittantes) (*Zeitschr. f. Biol.*, *XXXIII*, *p. 28*, *1896*).

Le sujet regarde à travers une lunette un disque tournant d'un gris uniforme portant des cercles concentriques étroits, colorés, à peine

visibles. Dans la grande majorité des expériences, la visibilité des cercles fut notablement améliorée par la production simultanée de sons musicaux intenses. Les personnes qui, primitivement, ne distinguaient aucun cercle, en apercevaient 1, 2 ou 3, sous l'influence de sons musicaux aigus; celles qui en voyaient d'abord 3 ou 4, en apercevaient un ou deux de plus pendant la production des sons.

De même, la sensibilité chromatique fut, dans un assez grand nombre d'expériences, exaltée par la production de sons musicaux aigus. La production de sons dissonants parut exercer une action défavorable sur la vision.

L'auteur cherche à expliquer cette influence de l'audition sur la vision par les relations anatomiques que les terminaisons intracentrales du nerf acoustique présentent avec celles du nerf optique. LÉON FREDERICQ.

J. OGNEFF. Einige Bemerkungen über die Wirkung..... (Sur l'effet produit par l'arc électrique sur les tissus de l'œil) (*Archiv für die ges. Physiol.*, *LXIII*, *p. 209*).

L'excitant lumineux n'agit que sur certaines substances vivantes, et l'on ne connait encore qu'un petit nombre de phénomènes paralytiques produits par lui, dans les conditions moyennes d'intensité. La rétine (épithélium pigmentaire, cônes et bâtonnets) et la peau (chromatophores) à un degré moindre semblent les seuls organes affectés. Y en a-t-il d'autres?

Les expériences de l'auteur portent sur les grenouilles, les pigeons et les lapins, instillés préalablement d'atropine, placés à 1/2 à 2 mètres d'une source lumineuse formée par le fer fondu sous l'influence de l'axe électrique et riche en rayons violets et ultra-violets. L'action rapide de cette source exerce une excitation directe sur les noyaux des cellules épithéliales et des cellules fixes de la cornée : l'effet immédiat est une karyomitose évidente. L'action prolongée a pour conséquence une nécrose des cellules et de leur noyau, nécrose qui, dans les cellules fixes, est précédée d'une multiplication nucléaire amitotique. La rétine est peu altérée : le cristallin et le corps vitré point; les autres parties le sont inégalement. DASTRE.

Jacques LOEB. Ueber den Einfluss der Lichts auf die Organbildung bei Thieren (Influence de la lumière sur la formation des organes chez les animaux) (*Arch. für die ges. Phys.*, *LXIII*, *p. 273*).

L'auteur examine un point de la question générale de savoir si l'ordre, le nombre et la disposition des organes sont déterminés seulement par des causes internes ou sujets à des causes externes dont le changement produira un changement correspondant ou hétéromorphose. Il étudie l'action de la lumière. Il est clair que cette influence est nulle chez les mammifères et animaux à développement intérieur. Les cœlentérés, au contraire, montrent une certaine dépendance vis-à-vis de l'agent lumineux en ce qui concerne la formation de différents organes, yeux, antennes. La formation des polypes est, chez l'Eudendrum racemosum, sous l'influence de la lumière et du pigment. Les polypes se forment peu

ou point à l'obscurité. Au contraire la formation radiculaire a lieu également à la lumière et à l'obscurité. Ce sont les rayons bleus de la lumière diffuse qui exercent le plus d'influence sur cette blastogenèse : la lumière rouge agit au contraire comme l'obscurité. Enfin, dans l'embryon du Fundulus, le nombre des chromotophores blastodermiques dépend de la lumière : il diminue à l'ombre. DASTRE.

R. EWALD et H. WILLGERODT. Zur Physiologie des Labyrinths, etc. (Physiologie du labyrinthe ; rapports entre le tonus labyrinthique et la rigidité cadavérique) (*Archiv für die ges. Phys.*, *LXIII*, *p. 521*).

Les troubles moteurs qui succèdent à l'ablation des labyrinthes sont expliqués par l'hypothèse d'une action tonique exercée par les organes sur tous les muscles striés. Le nerf de la 3e paire n'est pas seulement acoustique ; il est l'instrument d'un sens particulier signalé par Goltz. L'auteur démontre que l'appareil labyrinthique influence le cours de la rigidité cadavérique en général, mais particulièrement de ceux avec lesquels il est en rapport plus direct. La section des nerfs agit probablement par ce même mécanisme du tonus labyrinthique, sur la rigidité musculaire. DASTRE.

M. SÄNGER. Ueber die acustische Wirkung der Nasenhöhlen (Sur le rôle acoustique des cavités nasales) (*Archiv f. die ges. Phys.*, *LXIII*, *p. 301*).

On admet généralement que la résonnance de l'air contenu dans les cavités nasales participe essentiellement à la production des consonnes rhinophones, *m*, *n*, *ng*. Cette supposition est fausse. L'erreur est démontrée par des observations de malades. Quand on nasalise, il existe seulement une libre communication entre les cavités de la bouche et du larynx d'un côté et la fosse nasale d'autre part. La même communication existe quand on chante à bouche fermée de façon à prononcer *m* ou *n*. La résonnance de la voix n'est alors nullement nasale. La voix de sujets à cavités nasales étroites peut résonner à l'occasion d'une manière nasale. Avec des cavités très larges, la voix n'est pas normalement nasonnante. DASTRE.

J. CALVERT. Effect of drugs on the secretion from the tracheal mucous membrane (*The Journ. of phys.*, *XX*, *p. 158*).

L'auteur opère comme déjà Rossbach (1882) l'avait fait, en mettant à nu la muqueuse bronchique chez un animal anesthésié (chat), l'épongeant avec du papier-filtre et observant, sous l'influence de diverses substances injectées dans les veines, l'intervalle qui s'écoule avant qu'elle soit de nouveau humectée. Il constate ainsi que les alcalis accroissent la sécrétion : de même l'iodure de potassium, surtout l'émétique ; de même encore les applications de froid sur l'abdomen. Au contraire, la sécrétion est diminuée par la saponine à forte dose et par les applications abdominales chaudes. DASTRE.

Walter EDMUNDS. Observations on the thyroid and parathyroid of the dog (*Proc. of the phys. Soc., in The Journ. of phys., XX, août 1896*).

Si l'on enlève toute la thyroïde, sauf la parathyroïde d'un côté, l'animal survit en général. La parathyroïde conservée s'hypertrophie; si, dans son voisinage, il subsistait un petit fragment de thyroïde, celle-ci s'hypertrophie encore davantage. Il y a hyperplasie, agrandissement des cellules sécrétoires, formation de cellules géantes; à l'occasion, on trouve une goutte de sécrétion colloïde et une couche de cellules colonnaires. Mais la parathyroïde ne se développe point en tissu thyroïdien proprement dit. Si l'on enlève les deux parathyroïdes, l'animal ne peut survivre que si on laisse environ 40 0/0 du tissu des thyroïdes. DASTRE.

Bernhardt SCHÖNDORF. Ueber den Einfluss der Schildrüse auf den Stoflwechsel (Influence de la glande thyroide sur les échanges matériels) (*Arch. f. die ges. Phys., LXIII, p. 423*).

Un chien de 24 kilos, dont les excreta peuvent être recueillis, a besoin pour maintenir son équilibre matériel de 1320 calories fournies par de la viande de cheval correspondant à 30 grammes d'azote et du riz. Les rations, préparées pour plusieurs semaines, sont conservées stérilisées.

1° Après une période d'observation préliminaire, l'animal reçoit, du 23 décembre au 14 janvier, de 5 à 10 tablettes thyroïdiennes de Burronghs. Il diminue dans cette période de 1100 grammes. L'excrétion azotée ne fut pas modifiée: le bilan resta le même. — 2° Du 15 janvier au 6 février, il reçoit quotidiennement 20 tablettes: l'animal diminue de 2200 grammes. L'excrétion azotée l'emporte de 30 gr. 62 sur l'injection. Ce déficit de 30 gr. 62 correspond à peu près à 1 kilo de tissu.— 3° On supprime les tablettes tyroïdiennes, du 7 février au 3 mars. Le poids du corps augmente de 1 kilog. Le bilan azoté est en augmentation de 24 gr. 14 d'azote correspondant, en tissu, à environ 750 grammes. DASTRE.

E. SCHÄFER et B. MOORE. An experiment on the effect of complete removal of the parotid and submaxillary gland (*Proc. of the phys. Soc., mars 1896*).

Les auteurs ont enlevé chez un chien les deux parotides, les deux sous-maxillaires et la plus grande quantité possible des sublinguales, dans le but de savoir si ces glandes produisent une sécrétion interne nécessaire à la vie de l'animal, ou aux échanges nutritifs. Cette ablation n'a pas eu plus d'effet que celle de la rate. On a noté, en effet, la condition identique de l'équilibre azoté et cherché vainement le sucre et l'albumine dans les urines. L'autopsie n'a montré aucune trace des glandes salivaires ni d'accroissement compensateur du pancréas. DASTRE.

S. GOTCH. Note on the so called tendon reflex (*The Journ. of phys., XX, p. 322*).

La contraction du vaste interne en réponse au choc tendineux est un simple raccourcissement du muscle provoqué par l'excitation mécanique

directe de ses fibres. Dans les cas où cette réponse fait défaut, il n'est pas prouvé que l'excitabilité musculaire directe soit diminuée. Le choc tendineux peut non seulement provoquer une réponse directe, mais aussi une décharge reflexe de la part de la moelle. Cette décharge réflexe peut ne pas provoquer de contraction du côté frappé et en produire une du côté opposé; c'est un véritable réflexe croisé. Chez le lapin, le réflexe du côté frappé n'apparaît point. Chez l'homme et chez d'autres animaux, il y a des conditions qui diminuent la susceptibilité du vaste pour l'excitation mécanique directe, tandis qu'elles augmentent la décharge médullaire réflexe. Dans ces circonstances, la contraction du côté frappé peut se montrer. Les divergences entre les auteurs, relativement à la question de savoir s'il s'agit d'un effet direct ou d'un effet inverse, tiennent à l'exagération de l'un ou l'autre de ces facteurs, suivant les cas. DASTRE.

Max VERWORN. Tonische Reflexe (*Archiv f. die ges. Physiol.*, *LXX*, *p. 63*).

Lorsque l'on exerce une pression ou des frictions légères le long de la peau latérale du tronc chez la grenouille (Temporaria), il se produit par voie réflexe une contraction tonique des muscles dans toutes les régions du corps. Celle-ci survit longtemps à l'excitation provocatrice; chez les individus privés d'hémisphères cérébraux, elle dure au-delà d'une heure. L'animal a le dos courbé comme le chat qui fait gros dos et il repose immobile sur ses extrémités étendues.

Les excitations mécaniques seules sont capables de produire ce réflexe tonique général. En cet état, il n'est pas possible de prouver l'existence d'un changement de l'excitabilité réflexe en général. Les voies de ce réflexe sont les suivantes : les nerfs sensibles de la peau, les ganglions sensitifs de la moelle, les fibres longues conductrices de la moelle, les éléments sensitifs de la base du cerveau moyen, la région motrice du bulbe rachidien, les voies motrices descendantes de la moelle, les ganglions moteurs de la moelle et les nerfs moteurs spinaux. DASTRE

CHIMIE MÉDICALE.

Waymouth REID. A method for the estimation of sugar in blood (*The Journ. of phys.*, *XX*, *p. 316*).

La pierre de touche de toute méthode c'est la facilité plus ou moins grande avec laquelle le précipité d'albuminoïdes sanguins céde le sucre qu'il a pu entraîner. L'auteur emploie pour précipiter les albuminoïdes l'acide phosphotungstique. Le précipité chauffé, puis refroidi, présente le caractère d'une poudre minérale qui peut être pulvérisée et dont on peut

extraire avec une faible quantité d'eau la totalité du sucre. La détermination du glucose se fait par la méthode gravimétrique Allihn-Soxhlet.

DASTRE.

E.-N. SCHULTZ. Ueber den Fettgehalt des Blutes beim Hunger (Teneur en graisse du sang dans l'état de jeûne) (*Arch. r. die ges. Phys.*, *LXV*, *p. 299*).

La réserve de graisse des différents organes est-elle consommée sur place ou transportée par le sang dans les cellules actives? Ce dernier cas est vraisemblable. Et alors on doit retrouver cette graisse dans le sang des animaux soumis au jeûne. C'est la question qu'examine l'auteur. Hürthle a montré dans le sang l'existence de combinaisons, d'éthers de la cholesterine avec l'acide oléique et l'acide palmitique. Il les aurait trouvées plus abondantes à l'état de jeûne. L'auteur recourt à la méthode de la digestion peptique pour la recherche des graisses. Le sang est mêlé à 10 volumes d'acide chlorhydrique à 5/1000 et on y ajoute de la pépsine de Witte, de manière que la masse soit à 1/1000 — on laisse 24 heures à 40°. On filtre et le filtrat est épuisé par l'éther à la façon ordinaire : le filtrat lui-même est épuisé avec l'appareil de Sochlet. Dans le cas des oiseaux il faut répéter une seconde fois la digestion de ce résidu. Les résultats ont été les suivants : animaux à l'état normal, graisse = 2,6 pour 1000. A jeun : 4,4 pour 1000, soit une augmentation de 83 0/0. Chez le lapin on a 3,1 au lieu de 2,1 ; chez le pigeon, 7,8 au lieu de 6,0 après 120 heures d'inanition. DASTRE.

I. — BREMER. An improved method, etc. (Diagnostic du diabète par l'examen d'une goutte de sang) (*New-York med. Journal*, *p. 301*, *7 mars 1896*).

II. — R. LÉPINE et LYONNET Sur la réaction de Bremer du sang diabétique (*Lyon méd.*, *p. 187*, *6 juin 1896*).

I. — En colorant une mince couche de sang au moyen d'un mélange d'éosine et de bleu de méthylène, Bremer met en évidence des altérations du sang, caractéristiques du diabète. Tandis que les globules rouges normaux sont colorés en pourpre ou garance, les globules du diabétique ou du glycosurique sont colorés en vert : cette coloration n'est pas due au sucre, mais à une certaine substance qui existerait dans les globules rouges du diabétique, ayant une affinité spéciale pour les principes contenus dans la solution d'éosine et de bleu de méthylène.

Dans plus de 50 cas, la méthode a donné un résultat constant, quelle qu'ait été la quantité de sucre contenue dans l'urine, alors même que la glycosurie était totalement supprimée à l'aide de certains médicaments, l'antipyrine, par exemple. Cette réaction a été uniformément observée quelle qu'ait été la nature du diabète, hépatique, nerveux, pancréatique, toxique, etc.

II. — Les auteurs ont obtenu la réaction de Bremer avec le sang des leucémiques ; cette réaction ne serait donc pas pathognomonique du diabète. Elle indique simplement une dyscrasie acide, laquelle n'est pas cause, mais conséquence du diabète. MAUBRAC.

N. UMIKOFF. Chemische Reaction der Frauen und Kuhmilch (Réaction du lait de femme et du lait de vache) (*Jahrb. für Kinderh., XLII, p. 357*).

Le lait de femme, additionné d'ammoniaque (une goutte de la solution au dixième suffit pour 5 centimètres cubes de lait), prend peu à peu, à la température de la chambre, une coloration rouge violette intense. Cette coloration n'existe jamais avec le lait de vache.

Cette réaction permettrait même de déterminer l'âge du lait. Elle est d'autant plus accentuée que le lait est plus vieux. Avec les mêmes quantités de lait et de réactif ammoniacal, on peut avoir une échelle colorante du violet pâle au violet foncé, suivant que le lait a de une semaine à quatre ou cinq mois. A.-F. PLICQUE.

SÖLDNER et CAMERER. Analysen der Frauenmilch (Analyses du lait de femme) (*Zeits. f. Biol., XXXIII, p. 43*).

On admettait jusque dans ces derniers temps que le lait de femme contient au moins 2 à 3 0/0 d'albuminoïdes. L'auteur trouve, d'accord avec les résultats récemment publiés par J. Munk et Heubner que le lait de femme est beaucoup plus pauvre en albuminoïdes. Au début de la lactation il contient 1,5 0/0, plus tard seulement 0,88 0/0 d'albuminoïdes. Mais il est fort riche en substances extractives azotées, surtout au début de la lactation. Le lait de vache ne contient que fort peu de susbtances extractives. Il y a là une différence importante entre ces deux espèces de lait. LÉON FREDERICQ.

C. DORMEYER. Die quantitative Bestimmung..... (Détermination quantitative des graisses, des savons et des acides gras dans les organes des animaux) (*Archiv f. die ges. Phys., LXV, p. 90*).

On admet que l'éther bouillant convient pour extraire complètement la graisse des organes desséchés. C'est là une supposition qui n'a pas été sérieusement contrôlée et qui est contredite par quelques auteurs, par Pflüger et Argutinsky, par exemple, en ce qui concerne la graisse du tissu musculaire dont l'extraction n'est pas encore terminée après huit jours d'épuisement. Même après des mois de traitement quotidien et en pulvérisant à nouveau on ne réussit pas à épuiser la graisse. La plus grande partie est obtenue dans les premières heures ; quant au reste on ne l'obtient que difficilement et partiellement. L'extrait obtenu avec le muscle de chien après un épuisement prolongé est constitué par les glycosides de l'acide oléique, de l'acide stéarique, et par ces acides eux-mêmes. Il contient en outre de la cholestérine et des acides gras inférieurs liquides. Il y a très peu de lécithine et de matières extractives azotées. On peut, en faisant digérer par la pepsine le muscle, démontrer qu'après cet épuisement prolongé, il restait dans le muscle 8,5 0/0 du total des graisses, savons et acides gras. La digestion pepsique artificielle ne dédouble pas les glycosides. Au contraire les savons sont décomposés. La méthode en usage pour l'extraction des graisses par l'éther bouillant est insuffisante : elle fournit des valeurs trop faibles :

Il faut la combiner avec la digestion peptique. On obtient aussi l'ensemble des corps solubles dans l'éther. DASTRE.

A. FERRANNINI. Sur un nouveau réactif pour la recherche de l'acide chlorhydrique dans le contenu gastrique (*Riforma med.*, *1er juin 1896*).

Ce nouveau réactif, un dérivé de la série aromatique, est le diméthylamide diazobenzol. On l'emploie en solution alcoolique à 0,10 0/0, dont il suffit d'ajouter une ou deux gouttes à cinq gouttes du contenu gastrique. Celui-ci prend immédiatement une coloration rougeâtre plus ou moins accusée, suivant sa teneur en acide. On obtient une réaction positive avec une solution aqueuse contenant seulement 0,045 p. 1000 d'acide.

G. LYON.

DOYON et DUFOURT. Contribution à l'étude de la sécrétion biliaire (*Archives de physiol.*, *p. 587*, *1896*).

Les auteurs ont étudié la cholestérine, chez un chien à fistule complète. La cholestérine est déterminée selon le procédé de Hoppe-Seyler modifié.

Le premier point établi par les auteurs, c'est que la cholestérine introduite par les aliments dans l'organisme n'est pas éliminée par la bile : la quantité trouvée dans la bile n'est pas influencée par celle que l'on introduit dans l'estomac. Le tissu hépatique contient de 3 à 8 0/00 de cholestérine. La bile en contient moins, de 0.11 à 0.28 0/00. La bile de la vésicule en contient davantage (1.39 0/00 chez le bœuf). Une partie de la cholestérine y est à l'état de dépôt (bile de la vésicule, non filtrée). Cette cholestérine viendrait des cellules épithéliales des voies biliaires qui contiendraient à leur état de dégénérescence des cristaux de cholestérine (Kausch). DASTRE.

HUGOUNENQ et DOYON. Préparation de la bilirubine; altérations microbiennes de la bile (*Arch. de physiol.*, *p. 525*, *1896*).

On mélange la poudre sèche de bilirubine à une petite quantité de bioxyde de sodium. On ajoute goutte à goutte de l'eau, puis de l'acide chorhydrique jusqu'à saturation complète. Le mélange fonce lentement en couleur. On continue à ajouter de l'acide jusqu'à l'apparition de la teinte vert franc. Le magma est jeté sur un filtre et lavé jusqu'à disparition de l'acidité des eaux de lavage, on peut ensuite le dissoudre dans l'alcool qui déposera par évaporation la biliverdine. La bile abandonnée à l'air est envahie par un cocco-bacille mobile, qui liquéfie la gélatine et ne fixe pas le Gram; il est peu virulent. Il réduit rapidement la biliverdine et provoque une coloration rouge due à un pigment nouveau, voisin de la bilirubine, mais s'en distinguant par sa solubilité dans l'eau, sa teinte dichroïque, l'absence des réactions d'Ehrlich et de Gmelin.

DASTRE.

E. SALKOWSKI. Ueber das Verhalten des Caseins zu Pepsinsalzsaüre (Action de la pepsine chlorhydrique sur la caséine) (*Archiv für die ges. Phys., LXIII, p. 401, mai 1896*).

On peut réussir, dans des conditions déterminées, faciles à réaliser, à dissoudre la caséine, dans la pepsine chlorhydrique, sans résidu. On obtient ce résultat lorsque le rapport de la caséine au liquide digestif est celui de 1 à 500, et que la caséine est préalablement dissoute de manière à éviter les particules de caséine. La dissolution n'est plus complète lorsque le rapport est de 1 à 250; il reste alors une portion de 1 0/0 à l'état insoluble. La proportion de liquide digestif diminuant encore, la fraction insoluble augmente encore. Si l'on augmente la proportion de pepsine de 1 à 8, toutes autres conditions étant égales d'ailleurs, on augmente, mais seulement très faiblement, la quantité de paranucléine. La quantité d'acide chlorhydrique peut varier de 0,54 pour 1000 à 2,16 pour 1000 sans que la quantité de caséine digérée soit modifiée; le rapport entre l'acide chlorhydrique et la caséine formée peut s'abaisser jusqu'à 1/34,6. DASTRE.

E. GÉRARD. Sur la fermentation de l'acide urique par les microorganismes (*Soc. de biol., 25 juill. 1896*).

L'acide urique ($0^{gr},50$) dissous dans le phosphate disodique (3 gr. pour eau 500 gr.) peut être intégralement transformée en urée par certains microorganismes. Tout l'azote de la molécule urique se retrouve en urée, sans trace d'ammoniaque. Dans un second acte, si aux microorganismes précédents s'ajoutent des microbes uréophages, l'urée s'hydrate en donnant du carbonate d'ammoniaque. DASTRE.

A. GARROD et Gowland HOPKINS. On urobilin; the unity of urobilin (*The Journ. of phys., XX, p. 112*).

Les procédés employés pour retirer l'urobiline de la bile ne peuvent donner un produit pur, à l'exception du procédé de Jaffé qui présente des difficultés. Les urobilines extraites de différentes sources, urines normales et pathologiques, excréments, bile, sont une seule et même substance. Elles ont les mêmes propriétés optiques et chimiques : elles donnent la même bande spectrale en E, lorsqu'elles sont partiellement précipitées d'une solution aqueuse alcaline, par acidification. Les différences qui ont été signalées entre les différentes urobilines tiennent aux impuretés qui y sont mêlées et aux différences de teneur centésimale des solutions. L'urobiline est une substance instable qui peut subir diverses modifications. Ces pigments modifiés n'ont plus les propriétés des urobilines pathologiques, mais sont capables d'être convertis à nouveau dans la forme typique. DASTRE.

P. COLLS. Notes on creatinine (*The Journ. of phys., XX, p. 107*).

L'auteur applique la méthode de G. S. Johnson pour retirer la créatinine de l'urine. On ajoute à l'urine 1/20 de son volume d'une solution saturée d'acétate de soude ; plus 1/4 de son volume d'une solution satu-

rée de chlorure mercurique. On obtient ainsi un précipité abondant d'urates, sulfates et phosphates que l'on sépare par filtration. Le filtrat est abandonné à lui-même et dépose après 24 heures un précipité d'un sel de mercure et créatinine $4(C^4H^5HgAz^3OHCl)\ 3HgCl^2 + 2H^2O$ qui est typique à l'examen microscopique. On recueille, sèche et pèse. Le 1/5 de ce poids représente (20,19 0/0) la créatinine. C'est un isomère de la créatinine qui possède un pouvoir réducteur pour l'acide picrique et la liqueur de Fehling. Cette créatinine urinaire, comme le sucre, est précipitée de ses solutions aqueuses et de l'urine par le procédé de Brücke.

Pour extraire la créatinine du sang on ajoute au sang défibriné un quart de son poids de chlorure mercurique. On filtre, on ajoute au filtrat un excès du chlorure mercurique tant qu'il y a précipité. Ce précipité comprend les albuminoïdes, mais non la créatinine. Le filtrat est traité par la méthode indiquée plus haut. L'auteur a trouvé ainsi 95 milligrammes de créatinine dans 2 litres de sang de mouton ; soit 95 millionièmes.

DASTRE.

J. WINTER. De l'équilibre moléculaire des humeurs; concentration des urines (*Arch. de physiol., p. 529, 1896*).

La *concentration moléculaire* est le nombre de molécules dissoutes dans un certain poids du dissolvant eau. La *pression osmotique* est égale à la différence des attractions réciproques des molécules intérieures (dissoutes) et extérieures (dissolvant); elle est de sens contraire au courant provoqué : elle diminue quand le volume augmente. On a $pv =$ constante. La concentration moléculaire peut être déterminée par la méthode cryoscopique de Raoult. La concentration moléculaire du sérum, du lait et des sérosités oscillent étroitement autour d'un axe moyen correspondant numériquement à un abaissement de 0,55 du point de congélation de l'eau. Les oscillations ne dépassent point 0,05 à 0,06. L'urine, le suc gastrique, la salive, donnent des résultats variables, ont des allures irrégulières.

En ce qui concerne le suc gastrique, on peut énoncer le résultat suivant : la concentration moléculaire des liquides gastriques, exprimée en unités d'abaissement du point de congélation, se meut entre 0,36 et 0,55 (axe sanguin, 0,55) et dans certaines conditions 0,82.

Les chlorures sont des éléments de compensation : ils comblent partout les vides moléculaires. Les injections salines ne peuvent remplir leur indication thérapeutique que dans le cas où l'osmose cellulaire n'est pas immédiatement compromise.

La concentration moléculaire des urines chez l'homme, exprimée en unités d'abaissement du point de congélation, oscille entre les limites constantes 1,85 et 0,55.

Les masses moléculaires moyennes oscillent étroitement autour d'une limite constante voisine de 60. DASTRE.

E. BOSSAN. Contribution à l'étude clinique et expérimentale de l'ammoniurie (*Thèse de Paris, 1896*).

La fermentation des urines est activée par la présence du sucre ou de l'albumine. La réaction ammoniacale, facile à constater dans les urines

albumineuses, est exceptionnelle dans les urines diabétiques. L'air favorise la fermentation. L'urée diminue sous l'influence du bactérium-coli.

R. JAMIN.

E. LEIDIÉ. Recherches chimiques sur les urines purulentes (*Annales des mal. des org. gén. urin., juill. 1896*).

La pyine et la mucine ne préexistent ni dans le sérum ni dans les globules du pus; ce ne sont pas des espèces chimiques définies. La pyine est une alcali-albumine, la mucine est une nucléo-albumine où domine la globuline. Les leucocytes perdent ou conservent leur intégrité suivant que les urines ont subi ou non la fermentation ammoniacale R. JAMIN.

Chr. ULRICH. La tyrosine dans l'urine humaine; un nouveau caractère de cette substance (*Nord. med. Arkiv, VI, n° 11, août 1896*).

La tyrosine provient de l'intestin et se retrouve dans la majorité des états pathologiques sans perdre son caractère normal. Par contre, dans le diabète sucré, les urines ne contiennent que rarement de la tyrosine et elle manque spécialement (de même que la leucine) dans le diabète grave. L'auteur émet l'hypothèse que l'absence de la tyrosine urinaire serait un critérium de la forme pancréatique du diabète.

Pour déceler la tyrosine dans l'urine, on chauffe lentement, jusqu'à carbonisation, l'urine évaporée au bain-marie; la tyrosine se sublime sur les parois du vase, où elle se présente sous la forme de cristaux propres.

H. FRENKEL.

E. BOURQUELOT. Influence de la réaction du milieu sur l'activité du ferment oxydant des champignons (*Soc. de biol., 25 juill. 1896*).

L'acide acétique n'empêche pas la coloration en bleu de la teinture de gaïac par les oxydants. D'autre part, si l'on fait macérer le champignon *Russula delica* trituré avec du sable et de l'eau chloroformée, on obtient un liquide à peine teinté de jaune et inaltérable pendant 2 à 3 jours. Si on ajoute 2 gouttes de teinture de gaïac à 10 centimètres cubes d'un mélange de 4 centimètres cubes de solution fermentaire et 6 centimètres cubes de solution acétique de titres divers, la coloration bleue se produit toujours. La réaction de gaïac n'est donc pas empêchée par des proportions même assez fortes d'acide acétique (5 pour 100). La réaction d'oxydation de l'aniline se manifeste par une légère coloration jaune brunâtre lorsqu'on neutralise sa réaction alcaline par l'acide acétique. De même l'oxydation de l'orthotoluidine se manifeste par une coloration d'un beau violet bleu. Avec la paratoluidine dans les mêmes conditions, la coloration est rose, puis rouge vineux. Au contraire la réaction d'oxydation se manifeste pour le phénol et la résorcine en milieu alcalin (4/1000 de carbonate de soude cristallisé). En résumé, l'addition d'un acide ou d'un carbonate alcalin peut favoriser ou entraver suivant les cas l'oxydation produite par le ferment oxydant des champignons. DASTRE.

A. ROBIN et M. BINET. Études cliniques sur le chimisme respiratoire; les échanges respiratoires dans la fièvre typhoïde (*Arch. gén. de méd., oct. 1896*).

Dans la fièvre typhoïde les échanges respiratoires sont diminués ou modifiés suivant le type suivant; la production d'acide carbonique est au-dessous de la normale; la consommation de l'oxygène total est moins diminuée, et se rapproche de la normale; l'absorption de l'oxygène par les tissus est exagérée, il y a abaissement du quotient respiratoire.

Ces modifications s'exagèrent avec la gravité de la maladie. Dans la convalescence, la production de l'acide carbonique augmente ; l'absorption totale de l'oxygène se maintient, celle de l'oxygène par les tissus diminue. Ces échanges sont exagérés, mais mieux réglés. Les échanges respiratoires s'élèvent quand la température du corps s'abaisse et réciproquement.

Ces faits constituent un type bien déterminé qui peut servir pour le diagnostic différentiel avec la tuberculose miliaire aiguë. La gravité de la maladie ou une aggravation passagère entraînent un abaissement des échanges respiratoires; ce qui a une grande valeur pronostique.

Il y a concordance très nette entre la diminution des oxydations azotées et l'abaissement des échanges respiratoires.

Robin en conclut au rejet des médicaments qui abaissent les oxydations, à l'adoption de ceux qui les accroissent. H. L.

I. — G. ZANIER. Ueber die osmotische Spannkraft der Cerebrospinalflüssigkeit (Pression osmotique du liquide cérébro-spinal) (*Centralbl. f. Physiol., X, p. 453, 1896*).

II. — Emile CAVAZZANI. Weiteres über die Cerebrospinalflüssigkeit (Sur le liquide cérébro-spinal) (*Ibid., X, p. 145, 1896*).

I. — Le liquide cérébro spinal du bœuf est hyperisotonique, par rapport au sérum du même animal, c'est-à-dire équivaut à une solution saline plus concentrée. Aussi faut-il ajouter au liquide cérébro-spinal une plus grande quantité d'eau qu'au sérum pour provoquer la dissolution des globules rouges qu'on ajoute au mélange.

II. — Le liquide cérébro-spinal est extrêmement pauvre en ferment diastasique ; il a une alcalinité plus marquée et un poids spécifique plus élevé le matin que le soir (chien).

Deux liquides, obtenus par ponction chez deux enfants hydrocéphales, avaient un poids spécifique respectif de 1008 et 1006, une réaction neutre et contenaient pour mille, 0,098 et 0,044 d'urée, 0,188 et 0,185 de substance, réduisant la liqueur de Fehling (comptée comme une dextrose). Le second liquide contenait 4,479 pour mille de chlorure de sodium.

LÉON FREDERICQ.

Virgilio DUCCESCHI. Beitrag zur Erforschung der Stoffwechselvorgänge bei thyreoidectomierten Thieren (Sur la nutrition chez les animaux à thyroïde extirpée (*Centralbl. f. Physiol., X, p. 217, 1896*).

L'extirpation du corps thyroïde est suivie, chez le chien, d'une augmentation de la quantité de soufre excrétée par les urines (destruction exagérée

d'albuminoïdes), avec légère prédominance du soufre à l'état non oxydé. Légère diminution de l'oxydation du phénol ingéré. Légère diminution des phénylsulfates de l'urine (avec ou sans ingestion de phénol). Pas de changement dans le pouvoir oxydant des tissus mesuré par la méthode d'analyse colorimétrique d'Ehrlich.

Le corps thyroïde normal jouit de propriétés réductrices très marquées : il décolore le bleu d'alizarine. (Voy. *R. S. M.*, XLVII, 55.)

LÉON FREDERICQ.

G. BIANCHI-MARIOTTI. Gli albuminoidi del siero di sangue in alcune condizioni sperimentali (*Il Morgagni, p. 417, juill. 1896*).

Après les saignées qui atteignent au moins 1 0/0 du poids du corps, la quantité totale des albuminoïdes diminue plus ou moins notablement, suivant la quantité de sang extrait ; cette diminution est assez rapide, et souvent elle est très notable le lendemain de la saignée. Cette diminution porte également sur les sérines et surtout sur les globulines. Après les saignées peu abondantes et non répétées, les modifications sont peu marquées ; mais si les saignées se répètent, elles sont beaucoup plus accusées.

Après la thyroïdectomie, quand les troubles consécutifs sont peu accusés, la globuline subit une augmentation plus ou moins prononcée, mais toujours considérable ; dans une seconde période, quand les désordres sont très marqués, elle subit une notable diminution. La sérine présente des oscillations assez accusées, tantôt en plus, tantôt en moins. Les albuminoïdes *in toto* subissent aussi des oscillations, mais, en général, elles présentent les mêmes modifications que les globulines.

GEORGES THIBIERGE.

CHARRIN, GUILLEMONAT et LAPICQUE. Variations du fer sous l'influence des produits de la cellule bactérienne (*Soc. de biol., 27 juin 1896*).

En injectant des toxines pyocyaniques, diphtériques, de la tuberculine, ces auteurs ont vu les proportions du fer contenu dans le foie, dans la rate, subir des modifications, surtout des diminutions. A. C.

Charles TOMES. On the chemical composition of enamel (émail) (*The Journ. of phys., XIX, p. 217*).

L'émail contient une très faible quantité de matière organique. Il y a au moins un équivalent d'eau dans le phosphate calcique. Le composé calcique de l'émail est, suivant l'hypothèse de Hoppe-Seyler, l'apatite où Fl^2 serait remplacé par CO^3 ; soit : $3Ca^3(PO^4)^2CaCO^3$. DASTRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

E. NEUMANN. Zur Kenntniss der fibrinoïden..... (Sur la dégénération fibrinoïde du tissu conjonctif dans les inflammations) (*Archiv f. pathol. Anat., CXLIV, 2*).

1° Les membranes fibrineuses des séreuses enflammées sont-elles le fait d'un exsudat ou de la dégénération même du tissu conjonctif? Dans un cas d'hépatisation pulmonaire, N... trouva le feuillet pleural au premier stade d'une pleurésie fibrineuse; à l'examen microscopique, on voit la surface de la plèvre recouverte seulement de distance en distance par des lambeaux de fibrine; l'épithélium superficiel a disparu et les masses de fibrine se continuent profondément avec les faisceaux de fibrilles conjonctives qui passent peu à peu à l'état d'une substance homogène, brillante et se colorant en jaune.

Les noyaux des cellules conjonctives ont leur aspect normal; ils ne sont pas plus abondants et nulle part il n'y a trace de leucocytes.

Une étude approfondie de ce cas permet à Neumann de conclure qu'on a affaire ici à une inflammation des couches superficielles d'une séreuse et à une dégénération spéciale des fibrilles conjonctives à une époque où il n'existe pas encore ni migration de leucocytes ni prolifération des cellules conjonctives.

A mesure que les lamelles conjonctives se gonflent et dégénèrent, elles forment un revêtement fibrineux qui fait une saillie d'autant plus prononcée que la transformation fibrineuse gagne les parties profondes de la plèvre. Mais partout les altérations mêmes du tissu (substance fondamentale et fibrilles) précèdent la formation de la membrane fibrineuse.

2° La paroi des cavernes pulmonaires, produites par la phtisie, est également le siège d'une *nécrose*, qui diffère uniquement de la dégénérescence fibrineuse, par ce fait que les parties nécrosées laissent reconnaître des faisceaux anastomosés et entrecroisés.

3° Les « efflorescences » qu'on voit sur les valvules du cœur à la suite d'endocardite sont constituées par des lamelles brillantes et homogènes résultant de la dégénérescence fibrineuse du tissu conjonctif.

4° Les corpuscules ou grains riziformes des gaines tendineuses et des bourses muqueuses ne sont nullement le fait d'une exsudation fibrineuse : ils sont constitués par des couches stratifiées dont les profondes se continuent insensiblement avec le tissu conjonctif sous-jacent. Ce dernier se tuméfie, dégénère et se transforme peu à peu en une masse homogène et hyaline qui reste pendant longtemps recouverte par le revêtement endothélial avant de passer à l'état de grains riziformes.

ÉD. RETTERER.

E. KROMPECHER. Ueber die Mitose..... (Sur la mitose des cellules à plusieurs noyaux et les rapports de la division mitosique) (*Arch. f. path. Anat., u. Phys., CXLII, 3*).

L'examen microscopique d'une série de tumeurs et de la moelle osseuse permit à Krompecher d'étudier divers problèmes de la multiplication cellulaire, et en particulier les relations qui existent entre les divisions directe et indirecte.

Voici les résultats principaux de ce travail. Les cellules à noyaux multiples se divisent par voie directe et indirecte. On observe *simultanément* ces deux modes de division dans une même cellule, ou bien ils se succèdent l'un à l'autre. Leur signification est bien différente : la mitose aboutit à la formation de cellules qui sont capables d'un développement ultérieur ; la division amitosique, au contraire, donne lieu à des fragments de cellule qui subissent bientôt des phénomènes régressifs et dégénèrent complètement. ÉD. RETTERER.

A. BROSCH. Zur Frage der Entstehung..... (Sur la provenance des cellules géantes aux dépens des endothéliums) (*Archiv f. pathol. Anat., CXLIV, 2*).

Dans un cas de tumeur endothéliale de la plèvre, Brosch a pu étudier dans les régions voisines de l'endothélium, qui ne présentait que de l'épaississement, la formation des cellules géantes. Le tissu conjonctif sous-pleural se trouve parsemé de nodules endothéliaux, dont la plupart sont atteints de nécrose dans leur portion centrale et renferment des cellules géantes. B. décrit et figure tous les stades intermédiaires entre les nodules renfermant des capillaires à paroi endothéliale complète et dont le contenu laisse reconnaître encore des globules rouges et ceux où les cellules endothéliales de ces capillaires se sont transformées par une métamorphose régressive en cellules géantes. En un mot, les parois des vaisseaux de nouvelle formation peuvent subir une dégénérescence telle que leurs éléments se transforment en cellules géantes. ÉD. RETTERER.

J. MAROTTE. Contribution à l'étude des pigmentations pathologiques (*Thèse de Paris, 1896*).

Il y a dans l'organisme deux pigments amorphes absolumeut distincts :

1° Le pigment noir (mélanine) est fabriqué par des cellules spéciales, analogues aux chromatoblastes des batraciens. C'est un pigment de formation. On le rencontre dans la peau normale du blanc et du nègre, dans la choroïde, dans la maladie d'Addison, dans la peau péritonitique des cancéreux, des tuberculeux cachectiques, des femmes enceintes. Il ne contient pas de fer ;

2° Le pigment ocre (rubigine) est un produit de destruction globulaire. C'est donc un pigment, se rencontrant dans tous les cas où se produisent des destructions sanguines partielles. Il contient du fer.

Ces deux pigments si différents causent par leur production des désordres qui varient avec la nature du pigment et la nature de l'organe où il est déposé. H. BOURGES.

PIANESE. Beitrag zur Histologie und Ätiologie des Carcinoms (*Supplém. à Ziegler's Beitr. z. path. Anat., Iéna, 1896*).

L'auteur, dans une première partie, étudie les théories successives du cancer. Dans la seconde, il donne ses recherches personnelles : elles portent sur 55 cancers et épithéliomas provenant de divers organes du corps humain. Comme point de départ, il établit la structure fine des cellules de Malpighi. Il passe ensuite à l'étude des mitoses, qu'il considère comme pathologiques et qu'il divise en : 1° mitoses relativement typiques, savoir : mitose symétrique bipolaire, hyperchromatomitose, hypochromatomitose, mitose géante ; 2° mitoses atypiques, savoir : multipolaire et asymétrique ; 3° mitoses abortives, savoir : par absence de polarisation de la paranucléine, par polarisation atypique de la nucléine et de la paranucléine, par aberration de la nucléine, par atrophie des corps polaires, par dégénération particulièrement du protoplasma (mitosilyse, dégénération colloïde des cellules en mitose).

Il étudie ensuite les altérations du protoplasma des cellules cancéreuses et passe en revue les dégénérescences du protoplasma des cellules des épithéliomes (lucidifications, kérathyalinose, plasmolyse filamenteuse), les corps de Darier, le sporozoaire de Korotneff ; les altérations du protoplasme et en particulier de la sécrétion des cellules des cancers glandulaires (métamorphose pseudomuqueuse, dégénérescences hyaline, colloïde et amyloïde), ainsi que les corps de Russell, de Thoma-Sjœbring, et les corps cancéreux amyloïdes.

Dans un dernier chapitre est étudiée l'anatomie pathologique du noyau et du corpuscule nucléaire. A ce point de vue, il divise les cellules cancéreuses en : 1° uninucléaires (hyper- méso- et hypochromatiques) ; 2° binucléaires ; 3° multinucléaires (par multiplication endogène ou abortive, ou par nucléonidis ; par mitose abortive, par fusion de cellules ou cellulonidis ; 4° cellules à noyau bourgeonnant. Les altérations spéciales du noyau peuvent porter : 1° sur la nucléine (gonflement, diminution, fragmentation, dégénération); 2° sur la paranucléine (fragmentation, dégénérescence) ou sur le nucléole (vacuolisation, encapsulement); 3° sur l'amphipyrénine ou enveloppe du noyau ; 4° sur la linine et le suc nucléaire (nucléoplasmolyse filamenteuse).

Il termine en étudiant : 1° l'hyalinose du nucléoplasme et la vacuolisation para- et périnucléaire ; 2° la pseudo-adipose ou dégénérescence kystique du noyau ; 3° la dégénérescence amyloïde totale de la cellule cancéreuse; 4° la nécrose du noyau, et 5° les corpuscules cancéreux amyloïdiformes.

De ses recherches, il conclut que les protozoaires décrits dans le cancer jusqu'à présent ne sont que des produits d'altérations, tantôt du protoplasma seul, tantôt du noyau seul, tantôt de ces deux organes à la fois.

C. LUZET.

M. MATHIS. Transmission du cancer du chien au chien ; résultat positif dans un cas (*Revue des mal. cancér., II, p. 16, oct. 1896*).

L'expérimentation a porté sur 7 carcinomes ou sarcomes de la mamelle de la chienne et sur 2 goitres cancéreux. Des particules de tumeurs

étaient hachées dans l'eau distillée; le liquide filtré était injecté dans la masse de l'organe. Les inoculations du cancer de la mammelle ont toujours donné un résultat négatif. Des deux inoculations du cancer de la glande thyroïde dans la même glande de chiens bien portants, l'une a donné un résultat négatif, l'autre, au bout de trois mois, a donné une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, dont l'aspect, la couleur, la consistance et la structure histologique étaient la reproduction de la tumeur primitive. L'auteur, en 1891, a tenté quatre fois la greffe intrapéritonéale de diverses tumeurs cancéreuses, mais n'a obtenu que des résultats négatifs. F. VERCHÈRE.

I. — GALLET et DESCHAMPS. Enquête sur le cancer en Belgique (*Le Scalpel, juin-juillet 1896*).

II. — J. REBULET. Influence de l'hérédité sur la fréquence du cancer en Normandie (*Thèse de Paris, n° 302, 1896*).

III. — J. MANICHOW. De l'hérédité du cancer, et, en particulier, du cancer de l'estomac (*Thèse de Paris, 1896*).

IV. — A. MARIE. Recherches sur la question du cancer (*Thèse de Paris, 1896*).

I. — Dans 722 cas d'épithélioma, on relève comme âge moyen 65 ans pour les hommes, 45 ans pour la femme ; on n'a signalé qu'un seul cas chez un enfant en dessous de 5 ans.

L'influence de l'âge sur la récidive se traduit dans les observations par ce fait que la récidive est d'autant plus rapide après le traitement chirurgical que le malade est plus jeune.

Sur les 722 cas, on trouve 264 hommes et 458 femmes.

69 fois seulement on a constaté le cancer dans l'ascendance, et ce fait a de la valeur si l'on considère que les réponses ont été surtout données à l'enquête par des médecins de campagne qui connaissent les familles des malades qu'ils soignent.

Au point de vue de l'étiologie, l'enquête n'apprend rien de nouveau. La question de la contagion a été effleurée dans certaines réponses au questionnaire. Mais, en résumé, l'enquête est muette au sujet de la contagion comme au sujet de la nature parasitaire du cancer.

Quant au traitement, l'impression générale qui se dégage du dépouillement des 722 observations, c'est que le traitement opératoire est capable de guérir le cancer, mais que le chiffre des récidives l'emporte de beaucoup sur le chiffre des guérisons.

Von Winiwarter estime que la question de l'étiologie du cancer n'a fait aucun pas depuis 20 ans. Il admet qu'elle comporte deux facteurs : la prédisposition et l'infection carcinomateuse.

Winiwarter croit à l'infection et à la nature microbienne de cette infection carcinomateuse. Quant à l'hérédité, elle ne joue que le rôle de transmission du terrain, au moment.

Debaisieux rappelle que, lorsque la généralisation cancéreuse s'empare d'un individu, c'est d'une manière lente, insidieuse et afébrile. Du moins c'est la forme ordinaire. Mais, à côté d'elle, il en est une autre, la forme aiguë, fébrile, débutant par des frissons et des éclats et se termi-

nant en quelques semaines par le marasme. Cette forme est peu connue, exceptionnelle. L'orateur n'en a observé en 20 ans qu'un seul cas, dont il relate l'observation.

Jacobs croit, pour sa part, que trop de cas signalés dans la statistique comme cancers n'étaient pas des cancers. Là où il n'y a pas de récidive, il estime qu'il n'y a pas de cancer. Pour le diagnostic précis, l'examen histologique est indispensable. Il n'admet pas la contagion.

Depage classe les carcinomes en deux classes : les épithéliomas à cellules de revêtement ; les épithéliomas à cellules glandulaires.

Il n'admet pas la théorie étiologique du parasitisme pour le cancer.

Pour lui, la cause efficiente, c'est la cellule épithéliale modifiée dans ses rapports avec les autres éléments de l'organisme, proliférant indépendamment de l'action du système nerveux.

Il estime que le cancer est une affection locale, mais il faut des conditions particulières pour son développement. Il croit à la guérison possible après l'exérèse.

De Bersacques communique les renseignements qu'il a pu recueillir sur 95 cas de carcinomes et d'épithéliomas observés pendant les 7 dernières années.

II. — Le premier chapitre de cette thèse est consacré à l'étude de la nature et de l'origine du cancer. L'auteur y résume et discute les théories anciennes et modernes (irritation, contagion, parasitisme) et, tout en rappelant que si l'on n'est pas en droit actuellement de prendre parti pour telle ou telle théorie, il estime du moins que les preuves font défaut pour attribuer la fréquence de la maladie à la contagion ou à sa transmission par l'eau et par le cidre.

Des observations qu'il a recueillies et qui confirment la grande fréquence du cancer dans certaines régions de la Normandie, comme différentes enquêtes l'ont l'établi (Arnaudet, Brunon, etc.), il s'applique à démontrer que l'hérédité, renforcée par la consanguinité, joue le principal rôle parmi les causes qui méritent d'être invoquées.

III. — M. a rencontré environ 500 cas de cancer de l'estomac, ce qu'il explique par la fréquence des mariages consanguins dans le Soissonnais et par suite par l'hérédité.

Il discute les nouvelles théories émises sur la pathogénie du cancer, et conclut que, si cette question de pathogénie reste encore douteuse, il est un facteur, l'hérédité, dont la valeur s'impose à l'observation.

C'est ce qui ressort d'un certain nombre de statistiques que l'auteur mentionne et de l'exposé des faits personnels qu'il publie, et qui ont trait à 23 familles, dans lesquelles il a noté 69 cas de cancer, dont 57 de l'estomac et 12 des autres organes, isolés ou coïncidant chez plusieurs membres de la même famille. Aussi se croit-il autorisé à soutenir que l'hérédité du cancer ne peut être mise en doute.

IV. — Après avoir examiné et discuté les diverses théories sur la nature du cancer, M. estime que la seule qui satisfasse l'esprit est la théorie parasitaire. Elle s'appuie sur des faits d'observation clinique ; des constatations de figures endocellulaires dont on ne peut donner l'explication qu'en invoquant l'hypothèse de parasites, probablement de la classe des sporozoaires ; sur quelques expériences de greffe cancéreuse positives.

OZENNE.

DIETRICH. Ueber die Beziehungen..... (Rapports du lymphadénome avec la tuberculose), (*Beitr. zur klin. Chir.*, *XVI*, *2*).

De son étude critique et de deux observations personnelles, l'auteur tire les conclusions suivantes : on peut trouver l'association du lymphadénome avec la tuberculose des ganglions eux-mêmes, ou d'autres organes, sans qu'on puisse en déduire une relation étiologique. Fréquemment, en clinique, il est à peine possible de faire le diagnostic entre tuberculose ganglionnaire et lymphadénome; il y a surtout une forme rare d'adénopathie tuberculeuse qui progresse avec l'aspect type du lymphadénome, sans ramollissement ni ulcération ; l'examen macroscopique des ganglions est impuissant pour établir le diagnostic. D'ailleurs, la nécrose et le ramollissement ne sont pas propres à la tuberculose et ont été vus dans le lymphome malin. Aussi, dans les cas douteux, doit-on faire l'incision exploratrice et l'examen histologique des ganglions; la présence de cellules éosinophiles en grand nombre est en faveur du lymphadénome ; elles sont rares et disséminées dans la tuberculose. ROBINEAU.

J. PAVIOT et GEREST. Un cas d'épithélioma primitif du thymus (*Arch. de méd. exp.*, *VIII*, *p. 606*).

Par le simple raclage, la tumeur semble constituée par des amas de cellules fusiformes, laissant, de distance en distance, surtout à la périphérie du néoplasme, des cavités arrondies remplies par un bloc qui est assez semblable à une cellule géante, mais qui est formé d'un amas de deux ou trois grosses cellules imbriquées (corps concentriques). Sur les coupes, ces corps concentriques sont beaucoup moins faciles à retrouver; on reconnaît que la tumeur est de nature épithéliale, formée d'éléments épithélioïdes d'une inégalité tout à fait caractéristique, quelques cellules même prennent l'aspect de cellules géantes. La tumeur présente un stroma conjonctif peu vascularisé.

Les épithéliomas du thymus observés jusqu'ici semblent répondre à trois variétés :

1° Variété sarcomateuse, étudiée par Letulle, à très petites cellules rondes ayant un caractère épithélioïde très peu marqué, mais cependaut de nature incontestablement épithéliale ;

2° Variété à corps concentriques (absolument spéciale au thymus), décrite par Hahn et Thomas et présentant les caractères de la tumeur étudiée par Paviot et Gerest ;

3° Variété à cellules du type malpighien et à globes épidermiques (Ambrosini, Vermorel et Thiroloix); elle est très rare et son point de départ thymique n'est pas démontré. H. BOURGES.

L. BARD. Rapports des cancers du pancréas et des cancers dits de l'ampoule de Vater (*Revue des mal. cancéreuses*, *I*, *p. 225*, *1896*).

Le cancer du pancréas peut évoluer de deux façons différentes : une forme très rapide déterminant la mort en l'espace de 6 semaines à 3 ou 4 mois et une forme, à marche beaucoup plus lente, se prolongeant de 1

à 2 ans. La première est constituée par les tumeurs nées de l'épithélium pancréatique glandulaire ; la seconde par les tumeurs nées de l'épithélium cylindrique des canaux excréteurs. Le diagnostic de nature cylindrique de la tumeur peut être porté pendant la vie du fait même de la durée de la maladie.

Les cancers de l'ampoule de Vater présentent une importance à être différenciés, au point de vue clinique, de ceux de la tête du pancréas Un cancer du duodénum occupant la région de l'ampoule de Vater donne la symptomatologie du cancer de l'estomac avec rétrécissement pylorique et non celle du cancer du pancréas. Le cancer du duodénum à tendance annulaire crée un rétrécissement digestif ; d'autre part, la consistance de la tumeur est beaucoup moins dure que celle des tumeurs pancréatiques et, par contre, ne crée pas aussi facilement l'obstruction du cholédoque.

Il faut distinguer dans le cancer du pancréas une forme glandulaire et une forme excrétoire, celle-ci se dédoublant en forme excrétoire intraglandulaire et forme orificielle où la tumeur naît de l'embouchure même du canal pancréatique. Au point de vue anatomique, dans l'une de ces formes, la tumeur est constituée par un bourgeon peu saillant dans l'ampoule de Vater et de base étroite ; dans l'autre, la tumeur s'étale sur les parois du duodénum, créant un rétrécissement à tendance annulaire. Les symptômes, quoique plus difficiles à distinguer, peuvent encore permettre de porter un diagnostic de chacune de ces formes. F. VERCHÈRE.

Max ROTHMANN. Ueber die secundäre Degeneration der Pyramidenbahn nach einseitiger (unilatérale) Exstirpation der Extremitätencentren der Hirnrinde (Centres corticaux) (*Archiv f. Physiol.*, *p. 356*, *1896*).

A différentes reprises, on a signalé, tant chez l'homme que chez les animaux, que la lésion unilatérale des centres moteurs corticaux peut produire, dans la moelle épinière, une dégénérescence qui atteint à la fois le faisceau pyramidal latéral du côté opposé à la lésion et le faisceau du même côté (ce dernier est moins atteint). On a proposé différentes explications de ce fait.

L'auteur a constaté, chez plusieurs chiens et singes, que la dégénérescence du cordon pyramidal latéral homonyme ne se montre que si on examine la moelle peu de temps après la lésion corticale. Dans tous les cas anciens, le cordon pyramidal latéral homonyme a recouvré son aspect normal.

L'auteur admet que l'altération passagère du cordon homonyme est un phénomène secondaire dû à la compression temporaire exercée par le cordon pyramidal croisé, au moment de la dégénérescence de ce dernier. Le début de la dégénérescence est accompagné, en effet, d'un gonflement des fibres nerveuses. Quand le gonflement a disparu, les fibres du cordon homonyme cessent d'être comprimées et peuvent reprendre leur apparence normale. LÉON FREDERICQ.

H. ROSIN. Ueber wahre Heterotopie..... (Sur un cas d'hétérotopie dans la moelle épinière) (*Archiv f. pathol. Anat., CXLIII, 3*).

Sur la moelle épinière d'un sujet adulte, Rosin observa, sur une étendue de 1 millimètre de la moelle cervicale, une cloison grise qui occupait de chaque côté la limite entre les cordons ventral et latéral. Sur les coupes, il vit qu'à ce niveau existait un tissu nerveux analogue à celui de la substance grise de la moelle, c'est-à-dire renfermant de belles et grandes cellules nerveuses et des fibres à myéline.

Il s'agit donc ici d'une hétérotopie de la substance grise. On peut supposer qu'un groupe de cellules nerveuses a été séparé par la substance blanche d'avec les cornes ventrales, ou bien, si l'on admet l'existence de mouvements amiboïdes chez les jeunes cellules nerveuses, le fait s'explique par l'émigration des cellules nerveuses. ÉD. RETTERER.

Semi MEYER. Ueber die Structur..... (Sur la structure, la fréquence et le développement des concrétions calcaires ou sable du cerveau) (*Arch. f. pathol. Anat., CXLIII, 3*).

Le sable de la glande pinéale et des plexus choroïdes, examiné au microscope, est formé de corpuscules ovoïdes, globuleux ou bien couverts de saillies qui leur donnent un aspect mûriforme. Les corpuscules de la glande pinéale montrent une série de minces couches concentriques à trajet ondulé et bosselé; ceux du plexus choroïde sont formés de couches plus larges, dont la plus périphérique n'est pas calcifiée et présente sur le bord une couronne de noyaux aplatis. De plus on observe aussi bien dans le plexus choroïde que dans la gaine de la glande pinéale des sortes d'aiguilles homogènes, de provenance conjonctive.

Les psammomes des plexus choroïdes présentent la même forme de corpuscules calcaires que ceux des plexus choroïdes, tandis que les concrétions calcaires des autres tumeurs et des foyers inflammatoires ressemblent à la forme qu'affecte le sable de la glande pinéale.

Quant au mode de développement de ces corpuscules, il semble que ceux de la glande pinéale ne soient que des concrétions, tandis que le sable des plexus choroïdes se forme dans des cellules, qui subissent la dégénération hyaline pour former des globes à couche concentrique. Leur calcification commence dans les parties centrales. ÉD. RETTERER.

Em. FINOTTI. Beiträge zur Chirurgie..... (Sur la chirurgie et l'anatomie pathologique des nerfs périphériques) (*Archiv für pathol. Anat., CXLIII, 1*).

Finotti décrit les modifications histologiques survenues dans 7 cas de section des nerfs périphériques chez des individus d'âge variable. Le bout périphérique dégénère totalement, tandis que certaines fibres seulement du bout central subissent une dégénérescence qui s'étend peut-être jusque dans le système nerveux central. Jamais Finotti n'a pu constater la formation de nouvelles fibres nerveuses, mais il a vu les vieilles fibres du bout central s'allonger, c'est-à-dire s'hypertrophier. Ce sont ces vieilles fibres qui, en se propageant dans le bout périphérique, servi-

raient à rétablir la fonction nerveuse. En même temps que le bout central du cylindre-axe s'accroît, le tissu conjonctif endoneural s'hypertrophie et donne naissance à l'épaississement désigné sous le nom de neurome d'amputation.

Quant aux neuromes multiples ou plexiformes qui se développent sur les nerfs, Finotti en a pu étudier un certain nombre et nulle part il n'a pu voir se développer de nouvelles fibres nerveuses. Celles-ci ont plutôt de la tendance à s'atrophier. Ces tumeurs sont dues à la prolifération du tissu conjonctif, c'est-à-dire qu'elles représentent de véritables fibromes. Quand elles prennent naissance dans la gaine endoneurale, elles sont formées d'un tissu conjonctif riche en cellules; lorsque le périnèvre en est le point de départ, les tumeurs sont formées de couches concentriques plus pauvres en éléments cellulaires; enfin, lorsque la gaine épineurale en est le siège, leur tissu est ferme et même dur.

Ces divers fibromes ont une grande tendance à dégénérer en sarcomes. Ces fibromes ne proviennent pas seulement des gaines nerveuses, mais ils peuvent se développer dans le tissu conjonctif fasciculé de nombreux organes (glandes, follicules pileux, vaisseaux). ÉD. RETTERER.

A. BERG. Contribution à l'étude des nerfs et de la moelle chez les amputés (*Thèse de Paris, 1896*).

Lésions des nerfs : la proposition de la loi de Waller affirmant que le bout central d'un nerf sectionné reste intact, parce qu'il reste en rapport avec son centre trophique, n'est pas entièrement exacte chez les amputés, car on peut constater que leurs nerfs au niveau du moignon présentent des modifications histologiques portant particulièrement sur l'enveloppe myélinique qui se désagrège en particules très fines, tandis que le cylindraxe presque intact persiste longtemps; ces lésions représentent exactement la « dégénérescence rétrograde » des auteurs.

Lésions de la moelle : ces altérations peuvent atteindre la moelle et atteindre à la fois la substance grise et la substance blanche.

Dans la substance grise, on observe à peu près constamment une atrophie de la corne antérieure correspondant à l'amputation, avec une atrophie et une diminution du nombre des cellules de cette corne, sans que cette diminution se localise plus particulièrement sur un groupe de cellules plutôt que sur les autres.

Dans la substance blanche, la lésion paraît, le plus souvent, se localiser aux faisceaux postérieurs (faisceaux de Goll et de Burdach). H. BOURGES.

E. KAHNIS. Ruckenmarkserkrankungen bei Diabetes (Altérations de la moelle dans le diabète) (*Zeitschr. f. klin. Med., XXX, p. 559*).

Dans les deux cas, le contraste entre le peu d'intensité des accidents d'ordre nerveux (tout se réduisait à l'abolition du réflexe rotulien dans le premier cas) et l'étendue des lésions anatomiques fut très remarquable. La dégénérescence des cordons postérieurs pouvait, à première vue, évoquer l'idée de tabes. La répartition des lésions était toutefois un peu différente. L'examen microscopique ne montra ni altération vasculaire,

ni épaississement notable de la pie-mère, ni corpuscules amylacés. Les limites de la lésion étaient en désaccord avec celles du cordon atteint; parmi un grand nombre d'unités nerveuses du même système quelques-unes seulement se trouvaient atteintes. La dégénérescence semblait se limiter presque exactement au domaine du neurone sensitif.

A. F. PLICQUE.

HOWALD. Ueber die topographische..... (Sur la distribution topographique des proliférations endoneurales dans les nerfs périphériques de l'homme) (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXLI*, *2*).

En comparant la structure des nerfs périphériques d'un individu normal avec celle d'un crétin atteint de goitre, H... trouva que le premier présentait des proliférations endoneurales plus abondantes que le second. Il est donc probable que ces formations n'ont rien à voir avec les altérations amenées par le goitre; les observations de Howald ne permettent pas de décider si elles représentent des productions normales ou pathologiques. ÉD. RETTERER.

GEYER. Postdiphteritische Lahmung (Un cas de paralysie diphtérique) (*Jahrb. f. Kinderh.*, *XLIII*, *p. 33*).

La mort survint du fait d'accidents cardiaques (138 pulsations) et respiratoires (paralysie du diaphragme). Les résultats microscopiques de l'autopsie (hyperémie veineuse du système nerveux central, œdème cérébral, cœur légèrement dégénéré, reste de rate infectieuse) sont peu importants, mais l'examen histologique des muscles et des nerfs offre un réel intérêt.

Muscles. Le huitième environ des faisceaux (extenseurs des membres adducteurs), le quart (diaphragme) ont perdu leur striation, remplacée et comme masquée par un fin piqueté granuleux. Ce piqueté dépend d'une dégénérescence albumineuse et graisseuse. Mais on ne trouve ni destruction ni dégénérescence avancée.

Nerfs. Lésions marquées surtout sur le phrénique et la pneumogastrique. Pourtant le cylindre axis garde sa continuité. En présence de l'intensité des symptômes cliniques, on est donc forcé d'admettre que la conductibilité nerveuse peut être interrompue, même le cylindre étant intact. Pour le pneumogastrique, sur 10 tubes nerveux, 5 ont perdu leur myéline, 3 sont dégénérés, 2 semblent normaux. La dégénérescence semble avoir évolué beaucoup plus rapidement que pour les nerfs des membres. A.-F. PLICQUE.

A. WEBER et BLIND. Pathogénie des myocardites (*Revue de méd.*, *sept. 1896*).

Quelle que soit la lésion, qu'elle soit d'origine infectieuse ou ischémique, consécutive à l'œdème ou à la stase du myocarde, les altérations histologiques les plus constantes des éléments anatomiques révèlent un trouble nutritif, auquel l'épithète de dystrophique est celle qui convient le mieux. En aucun cas, on ne pourrait, pour Weber et Blind, admettre l'existence du processus inflammatoire au début même des accidents.

Le processus pathogénique des lésions du myocarde comprend donc, pour eux, deux stades bien distincts, dans les myocardites aiguës comme dans les myocardites chroniques.

Les lésions du premier stade sont toutes des lésions de nutrition, des lésions régressives : le premier phénomène est la mort d'un élément cellulaire important, cellule musculaire, endothéliale, etc.

Dans les myocardites aiguës, il faut incriminer soit l'action directe des microbes, celle des toxines, ou simplement l'hyperthermie ; dans les myocardites chroniques, le primum movens est le trouble circulatoire, persistant ou brusque et répété, causé lui-même soit par l'eschémie artérielle, soit par la stase veineuse. Ce premier stade mériterait le nom de *cardionécrose*.

Le deuxième stade est caractérisé par la lutte, par la réaction des tissus de l'organisme. Ici interviennent deux processus actifs : tantôt il y a inflammation proprement dite, afflux sanguin et diapédèse ; grâce à la phagocytose, les microbes (dans les myocardites suppurées), les déchets de fibres musculaires atteintes de nécrobiose (dans les myocardites aiguës ou chroniques) disparaissent, c'est la cardite proprement dite. Tantôt, sans réaction inflammatoire, la résorption des déchets des fibres musculaires se produit et, selon la loi de régénération de Weigert, il se fait une hypergenèse du tissu conjonctif (scléroses cardiaques). Ce deuxième stade mériterait le nom de *cardiogenèse*. C. GIRAUDEAU.

S. v. MORACZEWSKA. Blutveränderungen..... (Sur les modifications du sang dans les anémies) (*Archiv f. path. Anat.*, *CXLIV*, *1*).

Moraczewska a étudié le sang au point de vue : 1° du nombre des globules rouges et de leur richesse hémoglobique; 2° de son alcalinité et de quelques autres modifications dans de nombreuses maladies, telles que la chlorose, l'anémie pernicieuse, la néphrite interstitielle, la tuberculose, le cancer, etc.

Voici les résultats essentiels de ce travail :

1) Dans l'anémie pernicieuse, on trouve que l'alcalinité du sang a diminué, son poids spécifique a augmenté; le nombre des globules rouges s'est abaissé, mais ils sont riches en hémoglobine.

2) La chlorose se distingue : 1° par le peu d'alcalinité du sang ; 2° par le poids spécifique très élevé de cette humeur; 3° par le chiffre élevé des globules rouges à peu d'hémoglobine.

3) Le carcinome détermine le développement d'un sang très alcalin, d'un poids spécifique très faible et d'un grand nombre de globules rouges à faible pouvoir hémoglobique. ÉD. RETTERER.

P. HILBERT. Ueber das Vorkommen von Rupturen..... (Sur la rupture de la lamelle élastique interne des vaisseaux sanguins chez l'homme sain et dans les maladies cardiaques) (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXLII*, *2*).

Hilbert a étudié la structure des artères dans les cas pathologiques suivants : 1° 5 insuffisances aortiques avec néphrite; 2° 1 rétrécissement aortique ; 3° 1 rétrécissement mitral; 4° trois néphrites, et 5° 6 cas de myocardites.

Les résultats essentiels de ce travail sont les suivants : dans 3 cas, d'insuffisance aortique, il existait un épaississement notable de la tu-

nique moyenne des artères iliaque et rénale, ce qui montre que l'hypertrophie du ventricule gauche s'accompagne d'un épaississement de la tunique moyenne des artères.

Au lieu d'une lamelle fenêtrée continue, Hilbert constata dans la tunique interne l'existence de deux lamelles élastiques avec de nombreuses interruptions dans la continuité des trabécules élastiques.

Ces lésions sont-elles une conséquence de l'affection cardiaque ou trouve-t-on chez les individus bien portants des artères à structure analogue? Pour résoudre ce problème, Hilbert a étudié les artères chez 22 individus aux divers âges de la vie (fœtus de 7 mois jusqu'à la vieillesse). La tunique interne de l'aorte et de la carotide montre une série de lamelles élastiques qui s'unissent en dehors à la membrane fenêtrée qu'on regarde comme formant la limite entre les tuniques interne et moyenne. Cette membrane fenêtrée est pourvue de nombreuses interruptions, c'est-à-dire que sur ces points la lamelle élastique cesse d'exister.

En comparant ces faits à ce qu'on voit dans les affections cardiaques, on voit que les soi-disant ruptures de lamelles élastiques ne sont que l'expression d'une structure normale. ÉD. RETTERER.

J. ARNOLD. Ueber die feinere Structur..... (Sur la structure fine des cellules à hémoglobine et sans hémoglobine de la moelle osseuse) (*Archiv f. path. Anat.*, *CXLIV*, *1*).

1° Par divers procédés, Arnold parvient à colorer les granulations et les parties figurées des cellules dépourvues d'hémoglobine de la moelle osseuse. Les *noyaux* de ces cellules sont remplis de granulations et de filaments qui sont disposés autrement que pendant la division cellulaire. C'est ainsi que ces filaments montrent un aspect nettement réticulé dans les cellules géantes; de plus, on voit que les filaments nucléaires s'insèrent à la membrane nucléaire. Quand la cellule est en train de se diviser, on constate l'existence d'une zone claire située entre le noyau et le corps cellulaire et traversée par des filaments qui relient la membrane nucléaire aux filaments du corps cellulaire. Ces derniers présentent également un aspect anastomotique.

La dissociation de ces cellules, après macération dans une solution d'iodure de potassium, montre plus nettement encore les détails de structure intime : en effet, on voit alors que les granulations du noyau et du corps cellulaire sont des épaississements des filaments et sont réunies les unes aux autres par une véritable charpente réticulée.

2° Les cellules à hémoglobine colorées successivement par l'éosine et le bleu de méthylène montrent, les unes des granulations rouges, d'autres des granulations bleues, d'autres enfin ces deux sortes de granulations.

Arnold incline à penser que l'existence de granulations dans les cellules à hémoglobine et dans celles qui en sont privées doit faire admettre une relation génétique entre ces éléments : les premières représenteraient un stade évolutif plus jeune que les secondes; en se divisant, les premières donneraient naissance à des cellules nucléées qui se transformeraient plus tard en leucocytes ou en globules rouges sans noyau.

ÉD. RETTERER.

R. KOCKEL. Beiträge zur Histogenese..... (Sur l'histogénèse du tubercule miliaire) (*Archiv für pathol. Anat.*, *CXLIII*, *3*).

Kockel injecta dans les veines mésentériques ou dans le tissu sous-cutané du cobaye des cultures de bacilles tuberculeux et étudia les lésions hépatiques consécutives. Le fait constant fut la formation de bouchons ou thrombus dans les vaisseaux du foie. Ces thrombus sont constitués par des leucocytes polymorphes qui entourent des amas de bacilles.

En comparant les lésions des injections de semoule avec celles que déterminent les injections tuberculeuses, Kockel constata une analogie complète dans les troubles de la première période. Les thromboses sont, dans l'un et l'autre cas, le fait du corps étranger qui s'entoure de nombreux leucocytes. De plus, on observe dès le second jour, dans les injections de semoule, la division, par voie karyokinétique, des cellules endothéliales de la paroi vasculaire. Ce sont ces dernières, et non pas les leucocytes, qui prennent part à l'organisation des thrombus. C'est ainsi que les grains de semoule sont entourés et isolés du tissu hépatique par une capsule conjonctive de nouvelle formation et que se fait la cicatrisation dans le cas d'un corps étranger indifférent.

Tout autre est le processus ultime quand il s'agit de bacilles. Ici l'endothélium des vaisseaux prolifère également, mais le tissu nouveau ne montre jamais trace de vaisseaux capillaires. 12 heures déjà après l'injection de bacilles ou de semoule, il existe dans le tissu hépatique des nécroses qui résultent de l'oblitération mécanique des vaisseaux du foie.

La granulation miliaire du foie résulte de la prolifération des cellules conjonctives et endothéliales; elle prend toujours naissance dans l'intérieur des capillaires; ni la cellule hépatique ni les leucocytes ne prennent part à sa formation. Souvent la granulation débute par la production d'une cellule géante : celle-ci semble provenir d'une cellule endothéliale dont le noyau seul se divise sans qu'il y ait segmentation du corps cellulaire.

L'état caséeux du tubercule est amené par l'absence de vaisseaux capillaires dans ce tissu conjonctif de nouvelle formation.

Enfin, ce seraient les leucocytes qui transporteraient les bacilles plus loin et généraliseraient l'infection tuberculeuse. ÉD. RETTERER.

E. MEYER. Ueber Ausscheidungstuberculose..... (Sur la tuberculose d'élimination du rein), (*Archiv f. path. Anat.*, *CXLI*, *3*).

L'analyse de 8 cas de tuberculose rénale montre que les tubercules du rein ne se produisent pas toujours primitivement dans le tissu interstitiel de l'organe. On trouve, en effet, des bacilles dans l'épithélium des tubes urinifères, quand il y a absence complète de foyers tuberculeux dans le voisinage de ces tubes. Les bacilles tuberculeux ne pouvant provenir du tissu environnant, ils ont dû passer par les glomérules et arriver avec l'urine dans l'épithélium des tubes urinifères.

La tuberculose de la substance médullaire est ainsi produite par l'élimination des bacilles au niveau des glomérules. ÉD. RETTERER.

E. BALLOWITZ. Ueber angebornen, einseitigen..... (Sur l'absence congénitale et complète de l'un des reins) (*Archiv für pathol. Anat.*, *CXLI*, *2*).

Ballowitz rapporte 3 cas d'absence congénitale de l'un des reins : homme de 40 ans, femme de 20 ans et sujet de 60 ans.

Sur 213 observations d'absence congénitale de l'un des reins observés dans l'espèce humaine et publiées dans les recueils scientifiques, le rein gauche manquait 117 fois, le rein droit 88 fois. Dans 8 des cas, on avait négligé de signaler de quel côté se trouvait le rein unique. Dans le sexe masculin, c'est le rein gauche qui fait plus souvent défaut que le droit. L'absence de l'un des reins est aussi fréquente de l'un ou l'autre côté en ce qui concerne le sexe féminin. ÉD. RETTERER.

W. STŒLTZNER. Ueber Knochenerweichung..... (Sur le ramollissement du tissu osseux par atrophie) (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXLI*, *3*).

Chez les enfants rachitiques, on voit survenir, quand on pratique l'extension ou la suspension des membres fracturés, un ramollissement aigu de la substance osseuse. L'examen microscopique du tissu osseux sur un enfant d'un an environ qui s'était cassé le fémur gauche permit à Stœltzner d'étudier de plus près le processus de ce ramollissement, tel qu'il s'était déroulé un mois et demi après la fracture.

En comparant le tissu osseux du côté gauche fracturé (tibia et fémur) à celui de l'autre côté, on trouve les faits suivants : à gauche, les canaux de Havers sont plus larges; les lamelles calcifiées ont des contours plus sinueux, plus érodés pour ainsi dire; les lamelles non calcifiées sont plus minces et la couche périostique est plus épaisse qu'à droite. A gauche, les alvéoles ou espaces médullaires sont plus étendus qu'à droite.

En résumé, sous l'influence de la suspension, le tissu osseux subit une sorte de fonte qui aboutit à l'épaississement du périoste, à l'élargissement des espaces médullaires et des canaux de Havers.

Ce résultat est-il amené par une résorption plus active ou bien par un défaut d'apposition de nouvelles lamelles osseuses? Il convient de noter que, dans tous les cas de fractures chez les rachitiques, la formation du cal se fait avec une grande rapidité. Il est donc très probable que l'extrémité maintenue en extension et dans une position verticale reçoit moins de sang et qu'il en résulte un arrêt dans la production de substance osseuse. L'apposition diminuant, on voit la résorption déterminer le ramollissement du tissu osseux.

Tous ces faits concordent avec les résultats d'une autre série d'expériences qui montrent que l'anémie diminue la production du tissu osseux, tandis que l'hyperémie favorise l'ossification. ÉD. RETTERER.

E. MARCKWALD. Das multiple Adenom der Leber (foie) (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXLIV*, *1*).

Marckwald rapporte onze observations d'adénome multiple du foie (6 hommes, 5 femmes). A l'encontre de l'opinion classique, il trouve que

ces tumeurs sont assez fréquentes dans le jeune âge (la moitié des cas se rapporte à des individus de 9 à 30 ans).

La maladie reste latente jusqu'à l'époque où la plus grande partie du foie est envahie par la tumeur. Alors surviennent l'ascite, le gonflement de la rate et le marasme. Cette dernière période est très courte. Le foie a diminué de volume, mais déjà, à l'œil nu, on peut distinguer l'adénome de la cirrhose, grâce aux nodules jaunes et saillants que présente une section du foie.

L'adénome résulte de la prolifération des cellules hépatiques; mais les cellules de l'adénome sont plus volumineuses; leur corps cellulaire est plus trouble, plus pigmenté et le noyau est situé près de la base de la cellule. Chaque nodule de la tumeur est constitué par des cordons qui ont un trajet sinueux et s'entrecroisent avec les voisins. Chaque cordon présente six à huit séries cellulaires disposées en cercles concentriques et une lumière centrale d'autant plus large que les tumeurs sont plus anciennes.

La forme des cellules de la tumeur est plutôt arrondie que polyédrique, mais nulle part elle n'a de tendance à devenir cylindrique, comme les cellules épithéliales des conduites biliaires.

Ces tumeurs sont peu vasculaires; elles prennent naissance dans l'intérieur du lobule hépatique normal. Les cellules sont teintes en jaune, c'est-à-dire qu'elles sont imprégnées de bile comme le tube digestif et la peau, ce qui est dû à de la polycholie. Il semble donc que ces cellules pathologiques continuent à sécréter la bile comme les cellules normales dont elles dérivent.

Les nodules de l'adénome sont entourés d'une capsule conjonctive, formée de l'hypertrophie du tissu interstitiel normal. L'adénome multiple du foie est une tumeur maligne. ÉD. RETTERER.

R. ŒSTREICH. Die Milzschwellung..... (Le gonflement de la rate dans la cirrhose du foie) (*Archiv f. path. Anat.*, *CXLII*, *2*).

Oestreich décrit la structure de la rate hyperémiée, hypertrophiée ou atrophiée dans les divers stades de la cirrhose hépatique (8 obs. de cirrhose vraie et plusieurs cas d'affections du foie). On constate le gonflement de la rate à une époque où le tissu hépatique n'a pas encore rétréci les branches de la veine porte, de sorte qu'il est impossible de mettre l'hyperémie et l'hypertrophie de la rate sur le compte d'un arrêt et d'une stase de la circulation porte. Ces faits montrent que le gonflement de la rate est primitif, c'est-à-dire qu'il est déterminé par les mêmes causes que la cirrhose hépatique. C'est ce que corrobore l'examen histologique : pendant les premiers stades, on observe une prolifération des cellules spléniques (hyperplasie de la pulpe), qui peut persister plus ou moins longtemps sauf à se terminer par l'induration (sclérose ou atrophie de la rate).

Oestreich pense que le gonflement et la cirrhose de la rate doivent se produire de la même façon que ceux du foie : c'est le sang artériel qui amènerait à ces organes les agents, tels que l'alcool, produisant l'irritation. ÉD. RETTERER.

R. MUELLER. Beiträge zur Histologie der normalen..... (Contribution à l'histologie de la glande thyroïde normale et pathologique) (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XIX. p. 127. 1896*).

Après avoir étudié la glande thyroïde normale chez le nouveau-né et l'enfant, chez les individus adultes et âgés, l'auteur admet que le contenu des follicules est un produit cellulaire provenant de la fonte cellulaire, en sorte qu'on ne peut distinguer des cellules principales et colloïdes. La richesse vasculaire de la glande du nouveau-né prouve que cet organe joue un rôle important à cet âge, mais ce rôle continue pendant toute la vie, puisque la sécrétion ne s'éteint pas. L'absorption du contenu des follicules se fait par la voie lymphatique, car, même chez les vieillards, il n'y a pas de différence entre le contenu des follicules et celui des lymphatiques.

Dans le goître, la sécrétion de substance colloïde est semblable à celle de la glande normale. Dans le goitre colloïde, on peut trouver une néoformation de follicules aux dépens de cellules tout à fait isolées. L'épithélium folliculaire reste toujours à une seule couche ; ce n'est qu'au moment de la néoformation des follicules que l'on peut trouver un épaississement circonscrit de l'épithélium. Comme à l'état normal, la substance colloïde est sécrétée aux dépens des cellules épithéliales, sans transformation de cellules détachées des parois. La cavité du follicule se produit par fusion de vacuoles nées dans les cellules. Les masses plus solides de substances colloïdes ne se séparent que secondairement des contenus des follicules. Beaucoup de goitres colloïdes se distinguent de la glande normale, en outre du volume de l'irrégularité des follicules, par des altérations du tissu interstitiel, qui est tantôt réduit, tantôt augmenté ; les vaisseaux sanguins sont diminués, les lymphatiques généralement invisibles. Le goître parenchymateux (hyperplasique) sécrète rarement des corps colloïdes solides. Dans un tel cas, Müller a noté une apparence cristalloïde. Dans la maladie de Basedow, le goître présente une hyperplasie cellulaire marquée, avec formation de gros tubes épithéliaux irrégulièrement proliférés ; la substance colloïde est rare, et les vaisseaux sont peu développés. C. LUZET.

E. FARNER. Beitrag zur pathol. Anat. des Morbus..... (Sur l'anatomie pathologique de la maladie de Basedow et, en particulier, sur l'état du corps thyroïde) (*Arch. für pathol. Anat., CXLIII, 3*).

Farner décrit l'état du corps thyroïde dans 10 cas de maladies de Basedow : 8 fois le thyroïde présentait la forme diffuse du goitre et 2 fois la forme noueuse. Dans cette dernière forme, des nodosités compriment le tissu glandulaire, tandis que, dans la forme diffuse, les lobules glandulaires atteignent en moyenne un diamètre de 4 à 10 millimètres.

3 des goitres à forme diffuse rentraient dans la variété colloïde : la plus grande partie des cellules épithéliales des follicules clos étaient atteints de dégénérescence colloïde et l'intérieur des vésicules était rempli de cette substance colloïde. Les vaisseaux lymphatiques étaient obli-

térés par des bouchons colloïdes. Nous avons donc affaire ici à une hypersécrétion de substance colloïde.

Dans 6 des goitres à forme diffuse, les divers caractères précédents font défaut, c'est-à-dire qu'on n'observe pas l'altération de l'épithélium ni l'accumulation de la substance colloïde dans l'intérieur des follicules clos. L'épithélium des follicules a un aspect embryonnaire et la substance colloïde peu abondante ne fixe pas les matières colorantes (substance chromophobe). Par contre, les vaisseaux lymphatiques, les veines et le tissu conjonctif interfolliculaire montrent de fortes quantités de substance colloïde.

Dans les 2 cas de goitre noueux, ainsi que dans divers points de goitre diffus, on remarque la présence de cordons solides qui sillonnent le corps thyroïde. Ici l'altération de l'organe, au lieu de se traduire par une hypersécrétion, se manifeste par la prolifération des éléments du corps thyroïde. Dans ces cordons ou nodosités se trouvent des vaisseaux sanguins et lymphatiques remplis de substance colloïde.

On le voit, le corps thyroïde est le siège des troubles les plus variés dans la maladie de Basedow. Ajoutons encore à ce tableau l'épaississement de la tunique interne des artères thyroïdiennes qui, d'après Kocher, sont devenues très fragiles. ÉD. RETTERER.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Edgar-M. CROOKSHANK. Bacteriology and infective diseases (*1 vol. de 715 pages, Londres, 1896*).

La quatrième édition du traité de bactériologie de Crookshank constitue, comme le dit l'auteur dans sa préface, un ouvrage nouveau. A l'édition précédente, entièrement remaniée et mise au courant des récents progrès de la microbiologie, il a ajouté, en effet, 36 chapitres. Édité avec luxe, relié et imprimé avec cette perfection que présentent les publications anglaises, cet ouvrage renferme 273 figures et 22 belles planches en couleur.

Le livre est divisé en trois parties. Chacun des chapitres envisage successivement, sous une forme concise, où les discussions théoriques sont intentionnellement écartées, les principaux sujets de la bactériologie. Après un historique sommaire de cette science et des découvertes de Pasteur, C. expose les principes de la morphologie et de la physiologie des bactéries, l'action des antiseptiques, les méthodes d'examen microscopique, de coloration, de culture et d'inoculation. A propos de la question de l'immunité, l'auteur combat la théorie cellulaire de Metchnikoff; les phagocytes, dans leur conflit avec les microbes pathogènes, ne jouent qu'un rôle faiblement destructeur. La fonction d'immunisation revient

aux protéides défensives (chap. V). Dans le chapitre XI, consacré à la recherche des bactéries dans l'air, le sol, l'eau, les procédés d'analyse dus à Straus et Wurtz, à Elsner, ne sont pas mentionnés.

Dans la 2e partie, Crookshank étudie les principales maladies infectieuses. De nombreux chapitres sont consacrés aux affections microbiennes des animaux : choléra du porc, septicémie du bœuf, pleuro-pneumonie du veau, maladie épidémique du daim, des abeilles, etc., et sont illustrés de magnifiques dessins. 6 planches en couleur et 13 figures accompagnent la description de l'actinomycose. En revanche, l'exposé des maladies infectieuses de l'homme semble un peu écourté, au moins pour quelques-unes d'entre elles (tétanos, choléra, fièvre typhoïde). C'est, sans doute, à dessein que l'auteur a abrégé la description de cette dernière maladie, et l'on y verra avec surprise qu'il émet des réserves formelles sur la spécificité du bacille d'Eberth, en se fondant sur ce que ce microbe « n'a pas été trouvé dans tous les cas de fièvre typhoïde; « il n'existe pas dans le sang, mais seulement dans les organes qui sont « les foyers habituels d'infection secondaire... L'étiologie de la fièvre « typhoïde est encore entourée de doutes et la nature de son contage n'a « pas été encore bien déterminée » (p. 346). Nous pensons qu'à défaut d'arguments plus solides cette opinion restera tout à fait personnelle à son auteur.

La 3e partie de cet ouvrage constitue une innovation. Crookshank y donne une classification pratique et complète des principales espèces bactériennes et en expose les caractères essentiels dans un autre chapitre où chacun des microbes saprophytes ou pathogènes, énuméré par ordre alphabétique, a sa description spéciale suffisamment détaillée. La classification méthodique des bactéries est fondée exclusivement sur la morphologie et les principales réactions de culture de chacune d'elles. C'est là une encyclopédie très utile qui rendra de grands services aussi bien au technicien qu'à l'étudiant. En appendice, on trouve successivement plusieurs chapitres consacrés à l'hématozoaire du paludisme, aux psorospermoses; un extrait du rapport de la Commission royale de vaccination; enfin, un index bibliographique des principaux travaux de bactériologie.

H. VINCENT.

A. HUGENSCHMIDT. Étude expérimentale des divers procédés de défense de la cavité buccale contre l'invasion des bactéries pathogènes (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur met en doute les propriétés bactéricides de la salive et son rôle d'atténuation de la virulence des microbes pathogènes.

Il pense que les divers procédés de défense de la cavité buccale contre l'invasion bactérienne sont les suivants :

1° Propriétés chimiotactiques de la salive et des produits solubles des microbes qui y sont contenus, expliquant la diapédèse intense qui se fait dans la bouche pour détruire les bactéries, et qui atteint son maximum à la surface des plaies baignées par la salive;

2° Action bactéricide du mucus buccal, lorsqu'il y a suspension de la sécrétion salivaire;

3° Desquamation épithéliale incessante;
4° Concurrence vitale éliminant les bactéries non acclimatées.

H. BOURGES.

L.-A. MARNIER. Les toxines et l'électricité (*Annales de l'Inst. Pasteur, X, p. 468, août 1896*).

Les courants continus ou alternatifs de basse fréquence détruisent les toxines bactériennes par la production d'hypochlorite et de chlore au sein de ces toxines, qui contiennent toujours une proportion plus ou moins grande de sel marin.

Les courants à haute fréquence n'ont réalisé, entre les mains de M., aucune atténuation. PAUL TISSIER.

CHELMONSKI. Klinische Untersuchungen über den Einfluss des Fäulnissextractes auf den Verlauf..... (De l'influence de l'extrait de matières pourries sur la marche de certaines maladies infectieuses) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVII, p. 37, 1896*).

D'après Chelmonski, l'injection d'extrait de chair pourrie exercerait une influence heureuse (diminution de la fièvre, amélioration de l'état général) sur diverses maladies infectieuses telles que la fièvre typhoïde, le typhus pétéchial, l'érysipèle, la pneumonie. L'urine augmenterait en même temps. L'action de cette préparation résiderait dans l'augmentation de la puissance de l'organisme à résister aux germes, grâce à une excitation du système nerveux. L'auteur ajoute que ce remède ne peut être employé tel quel à cause de l'altérabilité du mélange dépendant de facteurs encore inconnus et de son peu de durée. C. LUZET.

TRAMBUSTI et COMBA. Influenza delle alterazioni..... (Influence des altérations du système nerveux sur la localisation et le décours des processus infectieux) (*Lo Sperimentale, sezione biol., p. 347, 1895*).

Après extirpation du ganglion cœliaque, l'injection intraveineuse d'un microbe pathogène a montré que ce microbe s'est localisé constamment dans le rein, c'est-à-dire dans l'organe énervé, et malgré la paralysie vaso-motrice intense qui s'y développait. L'absence de lésions hépatiques démontrerait que le ganglion cœliaque inférieur n'a pas, par rapport au foie, de fonctions importantes d'innervation. La localisation rénale de l'infection ne s'est pas rencontrée chez les animaux témoins.

C. LUZET.

CHARRIN. Infection et symétrie (*Congrès de méd. Nancy, août 1896*).

L'auteur cherche à expliquer la symétrie fréquente de certaines lésions de l'infection.

Il montre que dans quelques cas, celui des néphrites par exemple, cette symétrie est due à la symétrie même de la fonction qui est la cause de la localisation du mal. Des deux côtés l'élimination se produit, entraînant des deux côtés le passage de produits irritants.

Quand il s'agit des infarctus des reins provoqués par l'action des bactéries, on doit mettre en cause la vaso-constriction engendrée par les toxines agissant sur les centres.

Dans d'autres circonstances, un poumon, un œil malade retentissent sur le poumon, sur l'œil opposé, appelant, dans ce lieu de résistance modifiée, les germes en circulation.

En somme, cette symétrie se réalise grâce au névraxe mis en jeu par les virus. A. C.

CHARRIN et GLEY. Recherches nouvelles sur l'hérédité expérimentale (*Soc. de biol.*, *27 juin 1896*).

Les auteurs ont obtenu, confirmant ainsi d'anciennes expériences, des rejetons de taille minime, de véritables nains, en soumettant les générateurs à l'influence des toxines.

Plus récemment, ils ont pu voir ces effets se produire chez des animaux issus de ceux qu'avaient engendrés des sujets ainsi intoxiqués, alors que la première génération était demeurée indemne.

Il y a là des faits analogues aux enseignements de la pathologie humaine. A. C.

CHARRIN. Les toxines et le cœur (*Soc. de biol.*, *7 nov. 1896*).

Après avoir établi la possibilité de faire naître des hypertrophies cardiaques et des dégénérescences d'ordres variés, C. a pu voir apparaître, à la suite d'injections de toxines pyocyaniques, des dilatations. Ces résultats expliquent, en partie, les accidents décrits par les pathologistes sous les noms de collapsus cardiaque.

Ces mêmes résultats, rapprochés d'une autre série d'expériences, permettent peut-être de comprendre les phénomènes d'auscultation décrits de plus en plus fréquemment, en dehors de toute influence rénale appréciable, sous les dénominations de dédoublements, de bruits de galop.

A. C.

Otto WEISS. Ueber die Wirkungen von Blutserum injectionen ins Blut (Effet des injections de sérum dans le sang) (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXV, p. 215*).

L'auteur rappelle l'historique de cette question et reprend ces études.

Le premier effet des injections intraveineuses d'albumine, de sérum, etc., est une diminution de la quantité d'urine, laquelle se prolonge plusieurs jours (lapin). La première urine recueillie s'est toujours montrée albumineuse. La quantité d'albumine augmente pendant plusieurs jours pour diminuer ou disparaître après quelques semaines. Dans le cas d'injection sous-cutanée, l'anurie ne se montrait qu'après quelque temps. L'albuminoïde rejeté est celui même qui a été introduit. Les canalicules urinaires sont sains. Il n'y a pas d'hémoglobinurie. Le sérum du lapin est rejeté par un autre lapin à qui on l'injecte, lorsqu'il y a une différence de sexe, au contraire, le sérum du même animal peut être injecté sans inconvénient, ce qui prouve que la coagulation et la sortie de l'organisme n'ont pas essentiellement altéré ces liqueurs. Quant aux symptômes con-

sécutifs à l'injection ils varient en intensité et en durée suivant la nature du corps introduit. Il y a d'abord une augmentation de la fréquence du pouls et de la respiration, une élévation de la température, une grande torpeur et de l'oligurie. Dans quelques cas ces accidents sont mortels.

Les sérums les plus toxiques sont ceux de chat, de bœuf; de veau, de cobaye, de rat, de carpe; à un degré moindre ceux de mouton, de porc, de cheval, de poulet, de tanche, de saumon; très toxique est l'albumine d'œuf. Le sérum débarrassé d'albuminoïde par la chaleur ou l'alcool est tout à fait inoffensif. Les symptômes sont toujours les mêmes : accroissement de la fréquence respiratoire, dyspnée puis cessation; augmentation des battements du cœur qui s'affaiblissent ensuite et survivent quelque temps à la respiration; augmentation du réflexe abdominal cutané; à la fin, crampes toniques et cloniques; contractions fibrillaires universelles. DASTRE.

E. LECLAINCHE. Épreuve de la toxicité des sérums par l'injection sous-cutanée (*Soc de biologie*, *25 juill. 1896*).

Le sérum de cheval injecté au cobaye ne produit aucun accident. Au contraire les sérums de chien, vache, chèvre, sont toxiques, et produisent des convulsions qui, suivant la dose, peuvent devenir mortelles. DASTRE.

A. BÉCLÈRE, CHAMBON, SAINT-YVES et MÉNARD. Étude expérimentale des accidents post-sérothérapiques (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *X*, *p. 567*, *oct. 1896*).

Le sérum de cheval introduit en grande quantité sous la peau d'une génisse, lui donne de la fièvre, des éruptions polymorphes simulant l'urticaire ou la rougeole et même des arthropathies, en un mot des accidents très analogues pour ne pas dire identiques à ceux qui, dans l'espèce humaine, succèdent assez souvent à l'injection sous-cutanée des divers sérums thérapeutiques. On fit à 4 génisses des injections de sérum de cheval, employant pour chaque génisse un sérum de provenance différente. En dehors de son pouvoir immunisant, et de son action abortive sur l'éruption vaccinale, le sérum de génisse n'a jamais provoqué chez les génisses auxquelles il a été injecté le moindre trouble. Deux génisses qui ont reçu du sérum d'âne n'ont rien offert à l'observation. Le sérum de cheval était absolument stérile; ni dans les lésions cutanées, ni dans les lésions articulaires il n'existait de microbes.

Ces accidents semblent bien être indépendants de la vaccine; ils apparaissent dans sa période d'incubation. En injectant du sérum de cheval, en se plaçant en dehors de toute inoculation vaccinale, on obtient d'ailleurs les mêmes accidents.

C'est donc que le sérum de cheval peut contenir normalement des substances toxiques dans une certaine mesure, pour l'espèce bovine de même qu'il en contient pour l'espèce humaine. Autant qu'on peut en juger par une seule expérience, il semble que la chaleur détruise ou tout au moins atténue les substances nocives contenues dans le sérum du cheval et qu'il suffise de la porter quelque temps à 58° ou peut-être à une température moins élevée, pour éviter les accidents qu'il provoque habituellement chez la génisse. PAUL TISSIER.

DENYS et VAN DE VELDE. Sur la production d'une antileucocidine chez les lapins vaccinés contre le staphylocoque pyogène (*La Cellule*, *XI*, *2*, *p. 359*).

Chez les lapins immunisés contre le staphylocoque pyogène, il existe dans le sang une substance neutralisant les effets de la leucocidine et qu'on peut appeler antileucocidine. Cette substance joue un rôle important dans l'immunité des lapins vaccinés contre le staphylocoque. Elle semble détruire la leucocidine en se combinant avec elle. Elle paraît propre au lapin vacciné contre le staphylocoque. A. N.

H. VAN DE VELDE. Contribution à l'immunisation des lapins contre le staphylocoque et le streptocoque pyogènes (*Annales de l'Inst. Pasteur*, *X*, *p. 680*, *oct. 1896*).

Si l'on veut renforcer la résistance du lapin contre le staphylocoque en accroissant son pouvoir antileucocidique, il est nécessaire de lui inoculer une substance qui se trouve dans les produits de sécrétion non chauffés et qui en disparaît à une température de 60°. Si l'on emploie le produit chauffé, l'accroissement du pouvoir antileucocidique ne s'obtient pas, et les globules du lapin injecté ne sont pas mieux protégés contre la leucocidine que ceux du lapin neuf. Quel est le produit qui provoque la formation de l'antileucocidine ?

Il ne serait pas étonnant que ce fût la leucocidine elle-même, mais on ne peut en fournir la preuve, le chauffage pouvant avoir détruit d'autres substances que la leucocidine.

En se basant sur la spécificité des antitoxines, l'auteur incline à penser que la leucocidine joue dans cette production un rôle décisif. Si une bonne vaccination du lapin contre le staphylocoque nécessite l'emploi des toxines non chauffées, il en est tout autrement de la vaccination contre le streptocoque. Ici, dans l'immunisation par les cultures filtrées, les produits chauffés à 120° se montrent aussi actifs que les produits non chauffés. Ces données permettent d'affirmer que l'on ne pourra pas formuler de loi générale de vaccination. On arrivera sans doute à formuler des règles spéciales pour une immunisation donnée. PAUL TISSIER.

E.-A. HOMÉN. Action du streptocoque et de ses toxines sur les nerfs, les ganglions spinaux et la moelle épinière (*Finska läkar. Handligar*, *sept. 1896*).

Après avoir renforcé la virulence des streptocoques, H. injecte des cultures directement dans le nerf sciatique, quelquefois dans la moelle des lapins. Par des cultures et par l'examen des coupes, il a constaté que les microbes se sont propagés sur tout le parcours du nerf (en amont et en aval) jusque dans la moelle, en suivant les voies lymphatiques. De là, ils pénètrent entre les éléments nerveux, de la périphérie vers le centre, dans les nerfs et la moelle, et dans cette dernière, elles se propagent avec prédilection, au dedans et le long du septum postérieur. Cette pénétration des microbes a commencé déjà 20 heures après l'inoculation et augmenté pendant 8 à 10 jours; après cette époque, on ne trouve plus de microbes dans la moelle épinière.

A cette répartition des microbes correspondent les lésions histologiques (petites hémorragies, leucocystes, etc.) des fibres nerveuses, d'une partie des cellules des cornes antérieures, voire même des ganglions spinaux, surtout vers la périphérie.

Les mêmes lésions et les mêmes localisations sont obtenues, si, au lieu d'injecter des cultures, on injecte des toxines du même microbe renforcé dans sa virulence. Les lésions seraient seulement un peu moins prononcées dans le nerf. H. FRENKEL.

P. CAPRARA. Le lait comme véhicule du pneumocoque (*Riforma med., 12 août 1896*).

Le pneumocoque vit dans le lait de vache et le lait de chèvre, à la température ordinaire de 15° à 17°, sans y déterminer aucune altération apparente, au moins pendant quelques jours.

Sa virulence se maintient intégralement dans le lait pendant un certain temps (au moins pendant 14 jours, mais certainement un temps plus long encore).

La lactose est un des principes constituants du lait qui favorisent le développement du pneumocoque. Les pneumocoques dégénérés qui se trouvent dans les vieilles cultures peuvent encore vivre dans les milieux additionnés de lait et de lactose. G. LYON.

Al. JÄCKH. Ueber den Bacillengehalt..... (Sur la présence des bacilles dans les glandes génitales et le sperme des personnes tuberculeuses) (*Archiv f. pathol. Anat., CXLII, 1*).

Jäckh inocula à des cobayes et à des lapins la substance provenant des testicules et de l'ovaire, ainsi que le contenu des vésicules séminales, de personnes mortes phthisiques, pour voir si l'hérédité de la tuberculose repose sur la présence des bacilles dans ces organes. Voici les résultats essentiels d'une nombreuse série d'expériences.

Huit fois après l'injection de substance testiculaire et du contenu des vésicules séminales, Jäckh rendit les cobayes tuberculeux, tandis que les lapins auxquels il avait inoculé les produits de même provenance, restèrent bien portants.

L'inoculation de la substance de l'ovaire de femmes tuberculeuses ne donna que des résultats négatifs. L'inoculation du contenu des vésicules séminales d'un cobaye tuberculeux ne produisit pas non plus de tuberculose.

En inoculant, d'autre part, les membranes fœtales des mères tuberculeuses, il n'eut qu'un *seul* résultat positif, tandis que l'inoculation des substances provenant des embryons contenus dans les membranes resta négative. Dans l'un des essais, les jeunes cobayes ne furent mis bas que 53 jours, dans un autre essai, 47 jours après l'infection de la mère; ils vécurent de 4 mois à 6 mois et demi et ne présentèrent aucune lésion tuberculeuse. Ces dernières expériences confirment l'opinion qui se fonde sur d'autres faits expérimentaux, à savoir que le passage des bacilles tuberculeux de la mère au fœtus n'a pas lieu constamment, n'est pas la règle. ÉD. RETTERER.

J. AUCLAIR. Essais de sérothérapie expérimentale antituberculeuse (*Arch. de méd. expér., VIII, p. 445*).

S'inspirant de l'observation d'Aronson qui a remarqué que le rat, bien que réfractaire à la diphtérie, peut, après inoculation du bacille de Löffler, fournir un sérum actif contre la diphtérie, l'auteur a tenté d'obtenir du sérum antituberculeux en inoculant des bacilles ou des bouillons filtrés de tuberculose humaine à des poules, animaux particulièrement rebelles à l'infection par le bacille de la tuberculose humaine. Les essais curatifs ainsi tentés chez des cobayes infectés de tuberculose sont toujours restés sans résultat. H. BOURGES.

Joseph NICOLAS. Production de la réduction de Gruber-Durham par l'action du sérum antidiphtérique sur le bacille de Lœffler (*Lyon méd., 27 sept. 1896*).

Le sérum antidiphtérique produit d'une façon très nette la réaction de Gruber sur des cultures diphtériques. Le sérum de cheval normal ne produit pas cette réaction. Le sérum antidiphtérique n'a, dans les mêmes conditions, aucun effet sur les cultures de bacille d'Eberth, de bacille pyocyanique, mais peut-être un très léger effet sur les cultures de bacille coli. A. CARTAZ.

O. DE CROLY. Sur la disparition de la toxine diphtérique injectée dans le sang (*Arch. de pharmacodynamie, III, p. 61*).

L'auteur a cherché si la toxine diphtérique injectée dans le sang disparaît au bout d'un certain temps ; si, d'autre part, il existe dans le sang, pendant la période d'empoisonnement apparent, un produit toxique exerçant sur les animaux une action quelconque.

Les injections étaient faites, avec une toxine de l'Institut Pasteur, dans la veine marginale de l'oreille du lapin ; le sang était ensuite transfusé, à intervalles plus ou moins longs, à un autre lapin. Des expériences nombreuses qu'il a faites, l'auteur conclut que la toxine injectée disparaît très lentement du sang, car, après des heures, la transfusion produit l'intoxication chez le second animal. La rapidité avec laquelle se produit cette disparition est proportionnelle à la concentration de la toxine. Entre le moment où la toxine disparaît du sang et celui de la mort de l'animal, il ne se produit pas d'intoxication mortelle chez le transfusé ; il ne se forme donc pas dans le sang un poison nouveau aux dépens de la toxine. A. CARTAZ.

Paul GIBIER. The effect produced upon certain animals by injecting into the rectum the toxins and antitoxins of diphtheria and of tetanus (*N. York therap. Review, juin 1896*).

Chez les lapins, les chiens et les cobayes, les injections rectales de doses relativement massives de toxines de la diphtérie et du tétanos ne sont suivies d'aucun effet apparent.

Les injections rectales de doses même considérables de ces toxines,

plusieurs fois répétées, ne produisent pas le moindre degré d'immunité contre la toxine injectée sous la peau.

Les injections rectales de doses d'antitoxine (diphtérie et tétanos), à doses mille fois plus considérables que celles nécessaires pour obtenir l'immunité par la voie sous-cutanée, n'empêchent point la mort de survenir, si on injecte la dose mortelle minima de toxine de diphtérie ou de tétanos.

La membrane muqueuse rectale peut retenir ou détruire les principes actifs des toxines ou des antitoxines; s'ils sont absorbés, ils sont évidemment apportés par le système porte au foie, et détruits par cet organe.

MAUBRAC.

DONALD. Some observations upon the immunizing and curative effects of antitoxin (*Medicine, sept. 1896*).

Un enfant atteint de diphtérie laryngée, diagnostic confirmé par l'examen bactériologique, fut admis par erreur au Protestant Orphan Asylum à Detroit, où il ne fit qu'un très court passage. Malgré les mesures de désinfection, une épidémie de maux de gorge éclatait, présentant les symptômes de la diphtérie bénigne. Or, dans les examens subséquents, on trouvait chez les uns le bacille de Lœffler, et chez les autres staphylocoques et streptocoques. L'explication de ces faits que donne D. est la suivante : la dose immunisante de sérum semble inhiber un ou deux jours le développement du bacille de Lœffler ou même le détruit et modifie le caractère de l'inflammation, de sorte qu'au lieu du bacille de la diphtérie on ne trouve plus dans les cultures que des cocci infectieux. Il lui semble également probable que le sérum antidiphtérique exerce une influence salutaire sur les cas d'angine où jamais les examens bactériologiques répétés ne parviennent à déceler le bacille de Lœffler, ce qui, ajoute-t-il, est un non-sens scientifique pour les sérothérapeutes.

CART.

A. TRAMBUSTI. Ricerche citologiche sul midollo delle ossa nella difterite, contributo alla studio della fisiopatologia cellulare (*Broch. in-8° de 23 p., Florence, 1896*).

Les éléments lymphatiques cellulaires de la moelle des os, dans les premières périodes de l'infection diphtérique ou à la suite d'injections de toxines diphtériques à dose vaccinante, présentent des modifications de structure qui indiquent une exagération de l'activité fonctionnelle de ces éléments. Cette exagération d'activité porte à la fois sur la fonction de sécrétion, sur la fonction phagocytaire et sur la fonction de reproduction. Elle diminue ou s'éteint avec les progrès de l'infection, par suite de l'accumulation dans l'organisme malade d'une plus grande quantité de substances toxiques qui, agissant à petites doses comme excitants des fonctions cellulaires, finissent par les paralyser fonctionnellement.

GEORGES THIBIERGE.

I. — J. BERNHEIM et C. FOLGER. Ramifications du bacille diphtérique (*Centralbl. für Bakteriol., XX, p. 1*).

II. — A. KANTHACK. A propos des ramifications du bacille diphtérique (*Ibid., XX, p. 296*).

I. — Par l'examen microscopique de fausses membranes diphtériques, ces auteurs ont trouvé des formes ramifiées du bacille diphtérique, analogues à celles que Frænkel avait déjà décrites dans les cultures.

Ils les ont trouvées presque exclusivement dans l'exsudat de la gorge, une seule fois dans une fausse membrane venant du nez. On voit un filament se diviser en deux ou plusieurs rameaux.

Si l'on transporte sur des milieux de culture un fragment de fausse membrane contenant ces formes ramifiées, on obtient des colonies de bacilles dont quelques-unes contiennent les mêmes filaments ramifiés. On en trouve plusieurs sur sérouse, très peu sur agar et dans le bouillon, tandis que l'ensemencement des œufs, comme le conseille Frænkel, en donne une grande quantité avec des aspects tout à fait particuliers.

II. — En réponse au travail de Bernheim et Folger, Kanthack fait remarquer que ces formes ramifiées du bacille diphtérique ont été déjà signalées, avant Frænkel par Babès (1888 et 1895) et par Klein (1889). Ces ramifications ont été comparées aux aspects mycéliens du bacille de la tuberculose. L'auteur dit qu'on trouve des formes très analogues dans les cultures tétaniques. H. BOURGES.

Arnold CANTANI. Réaction alcaline du sang chez les animaux immunisés (*Centr. f. Bakter., XX, p. 655*).

Chez des animaux traités par le sérum antidiphtérique, même lorsque le degré d'immunité acquise est encore faible, la réaction alcaline du sang augmente.

L'accroissement de l'alcalinité du sang des lapins inoculés avec du sérum antidiphtérique, ne commence pas avant les deux premières heures qui suivent l'injection, il atteint son maximum 10 à 12 heures après, puis diminue, pour atteindre son degré normal au bout de 3 jours.

Cet accroissement de l'alcalinité du sang s'observe aussi lorsqu'on inocule une dose mortelle de toxine à des animaux déjà traités par du sérum immunisant, tandis que chez les animaux non traités par le sérum l'alcalinité diminue. Mais il est impossible d'affirmer que le degré d'alcalinité du sang et d'immunisation de l'animal s'accroissent parallèlement.

H. BOURGES.

O. BUSSE. Expérimentelle Untersuchungen..... (Recherches expérimentales sur la saccharomycose) (*Arch. f. pathol. Anat., CXLIV, 2*).

En cultivant le saccharomyces, qu'il avait trouvé chez l'homme (voir XLVII, 46), Busse put continuer à inoculer ces cultures aux souris. Un premier résultat digne de remarque fut celui-ci : à force d'être porté depuis 17 mois, sur de nouveaux milieux nutritifs (artificiels), le saccharomyces a perdu de sa virulence. Maintenant les souris ne

meurent plus que 17 à 33 jours après l'infection. Celle-ci amène dans les organes et les tissus une série d'altérations qui doivent être mises sur le compte de la dégénérescence. Les phénomènes irritatifs se bornent à une multiplication des noyaux cellulaires et à l'hépatisation partielle du foie.

Les tumeurs qu'on observe dans certains organes, ne résultent pas de la prolifération des cellules de la souris, mais elle proviennent de l'accumulation de fortes quantités de saccharomyces dans les mailles du tissu.

ÉD. RETTERER.

F. CURTIS. Contribution à l'étude de la saccharomycose humaine (*Ann. de l'Inst. Pasteur, X, p. 449, août 1896*).

Dans une poche renfermant un tissu mou, comme gélatineux, siégeant à la base du triangle de Scarpa et ayant le volume de deux poings, C. trouva un parasite représenté par une levure analogue à celles décrites par Basse et San-Felice, mais distincte de ces variétés par des caractères bien tranchés; il lui donne le nom de saccharomyces subcutaneus tumefaciens. Ce parasite se présente sous la forme d'une cellule libre ou munie d'une capsule gélifiée, suivant qu'elle pousse en culture ou dans les tissus vivants; la forme encapsulée n'est pas exclusivement propre à l'état parasitaire, on la retrouve dans les vieilles cultures en milieu sucré.

Le saccharomyces subcutaneus tumefaciens pousse particulièrement bien sur les milieux acides et neutres; il intervertit le saccharose et produit à ses dépens de l'alcool éthylique et de l'acide acétique; il donne les mêmes réactions avec le moût de bière naturel et attaque le glycose quand ce dernier est dissous dans l'eau de la levure; il n'attaque dans aucune solution artificielle le maltose, ni le lactose à 37°. Il produit chez l'homme des tumeurs sous-cutanées multiples qui peuvent s'ulcérer et ressemblent à l'œil nu à des myxo-sarcomes ramollis. A l'examen histologique, ces tumeurs n'offrent aucune texture histologique et se décèlent comme n'étant qu'une énorme infiltration parasitaire, s'accompagnant, surtout au niveau des limites des tissus sains, d'une diapédèse et d'un envahissement leucocytaire abondant. Le saccharomyces subcutaneus est pathogène pour le rat, la souris, le chien et le lapin; il reproduit, chez le rat et la souris, des tuméfactions sous-cutanées analogues à celles de l'homme et peut tuer l'animal par infection chronique. PAUL TISSIER.

CHARRIN et OSTROWSKY. L'oïdium albicans agissant comme agent pathogène général (*Soc. de biol., 11 juill. 1896*).

Les auteurs montrent qu'on retrouve là, comme dans les processus bactériens, la nature animée de la cause, l'intervention des produits solubles, c'est-à-dire les deux éléments qui ont servi à caractériser l'infection.

Depuis peu, on commence à baser, en outre, cette notion de l'infection sur les réactions jusqu'alors ignorées de l'économie, qui ne font pas défaut dans l'oïdo-mycose, puisque ces chercheurs ont les premiers réalisé l'immunité avec ses modifications.

A côté de ces analogies capitales, il existe quelques différences, telles

que, à cultures comparables, une action à distance moindre, des effets directs plus prononcés. A. C.

Th. KASPAREK et K. KONNAUTH. Ueber die Infectionsfähigkeit der Pflanzen durch Milzbrandböden (Infection des plantes dans les sols charbonneux (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXIII*, *p. 293*).

Dans des flacons ou pots remplis de terre stérilisée, qu'on a humecté ensuite avec une culture pure de bacillus anthracis, on sema des graines d'orge, d'avoine, de blé, de colza, etc. Deux et trois mois plus tard on met fin à l'expérience et l'on soumet la terre et les plantes à l'examen bactériologique. On ne trouva dans celles-ci aucune spore, aucun bacille charbonneux. DASTRE.

E. OSTROWSKY. Recherches expérimentales produites par le champignon du muguet; parallèle pathogénique entre la maladie mycotique et l'infection bactérienne (*Thèse de Paris*, *1896*).

L'oïdium albicans peut se développer autre part que sur les muqueuses, il peut se cultiver dans les différents viscères de l'organisme (rein, rate, foie, cerveau, etc.), peut devenir agent de suppuration et enfin, exceptionnellement, envahit la circulation et détermine une infection générale. Mais le plus souvent les troubles qu'il détermine sont locaux et surtout d'origine traumatique, et ses produits de sécrétion paraissent n'avoir qu'une faible toxicité. Ce sont là des caractères qui distinguent l'infection mycotique des infections bactériennes. H. BOURGES.

F. BLUMENTHAL. Zur Kenntniss des Tetanus (*Zeitschr. für klin. Med.*, *XXX*, *p. 538*).

D'après les expériences de B., le poison tétanique circulant dans l'organisme humain serait un corps soluble dans l'eau salée n'appartenant pas à la catégorie des albuminoïdes. Les injections de sérum antitétanique détruisent l'efficacité de ce poison circulant. La substance médullaire renferme ce poison sous une forme telle qu'il n'est plus, en ce point, neutralisé ou détruit par l'antitoxine. Ce fait explique l'insuccès thérapeutique fréquent dans les tentatives de sérothérapie. Le poison tétanique formé dans l'organisme humain entraîne, chez le cobaye, de l'hypothermie, au contraire de l'hyperthermie qu'il produit chez l'homme. L'urine des tétaniques ne renferme pas le poison, au moins à dose suffisamment concentrée pour être active. L'urine d'animaux non atteints de tétanos peut produire des symptômes tétaniques chez des cobayes et des souris. Les 2 cas cliniques rapportés (tétanos traumatique et tétanos puerpéral) se terminèrent par la mort, malgré la sérothérapie. A.-F. PLICQUE.

R. PFEIFFER et W. KOLLE. Nouvelles recherches sur la réaction spécifique d'immunité des vibrions cholériques dans l'organisme et dans les tubes à essai (*Centralbl. f. Bakt.*, *XX*, *p. 129*).

Pfeiffer et Vagedes (voir *R. S. M.*, XLVIII, 52) ont démontré la possibilité d'appliquer au diagnostic du vibrion cholérique le pouvoir agglutinant qu'exerce sur les bacilles le sérum anticholérique.

Dans ce nouveau travail, Pfeiffer et Kolle trouvent que le même réactif peut servir à doser la virulence d'une culture de bacilles cholériques, la réaction agglutinante étant d'autant plus aisée à obtenir que la culture est moins virulente.

Ainsi, il suffit de la dose de 0cc,000003 de sérum anticholérique pour obtenir la réaction dans une culture de vibrions ayant perdu leur virulence, tandis qu'il faut une dose de 0,001 du même sérum pour obtenir l'agglutination de bacilles virulents. La même différence, mais beaucoup moins sensible, s'observe avec du sérum normal qui possède aussi, à un faible degré, la propriété agglutinante. Ainsi, pour obtenir la réaction dans une culture non virulente, il faut employer 0cc,15 de sérum normal et, dans une culture virulente, 0cc,2 du même sérum.

En prenant du sang d'hommes qui avaient été immunisés cinq mois auparavant par des injections répétées de cultures de vibrions vivants et morts, les auteurs ont constaté que le sérum qui en provenait avait conservé des propriétés vaccinantes. Lorsqu'on l'injectait mélangé à une culture virulente de choléra dans le péritoine de cobayes, il dissolvait les bacilles, bien qu'assez lentement. En revanche, ce sérum mélangé à la même culture virulente de choléra, ne possédait plus, vis-à-vis de ces bacilles, la propriété agglutinante qu'à un aussi faible degré que le sérum normal. On a vu plus haut combien les vibrions cholériques, ayant perdu leur virulence, étaient sensibles à cette réaction, et cependant il fallait, pour obtenir la réaction agglutinante, employer la même dose de ce sérum humain avec ces vibrions non virulents qu'avec les vibrions virulents. Ce sérum, qui avait conservé en partie la propriété de prémunir contre le choléra et dissoudre les bacilles, avait donc perdu son pouvoir agglutinant.

Les auteurs en concluent qu'il existe au moins deux substances spécifiques immunisantes contre le choléra, différentes l'une de l'autre et pouvant être séparées. H. BOURGES.

P. COURMONT. Sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde; action du sérum des typhiques sur les cultures de bacille d'Eberth, de bacille coli et d'autres microbes (*Soc. de biol.*, *25 juill. 1896*).

1° La réaction du sérum des typhiques sur le B. d'Eberth a été positive dans 9 cas de fièvre typhoïde certaine, négative une fois dans 2 cas douteux. La méthode de séro-diagnostic de Widal rendra donc de réels services en clinique. La séro-réaction de la fièvre typhoïde pourra peut-être, bien étudiée, conduire au séro-pronostic de cette affection. 2° Les autres sérums n'ont pas, aux mêmes doses, d'action coagulante sur le B. d'Eberth. 3° Le sérum des typhiques ayant, ainsi que d'autres sérums une action coagulante sur les cultures du B. coli, du B. de Löffler et de staphylocoque, la réaction d'un sérum typhique vis-à-vis d'un bacille ne prouve pas que ce bacille soit celui d'Eberth; et la réaction positive d'un sérum pathologique sur le B. coli ne prouve pas que l'on soit en présence d'une fièvre typhoïde. La réaction positive d'un sérum vis-à-vis du B. de Löffler ne saurait non plus faire diagnostiquer une diphtérie. DASTRE.

I — H. VINCENT. Étiologie et lésions anatomo-pathologiques de la pourriture d'hôpital (*Annales de l'Institut Pasteur*, *X*, *p. 488*).

II. — Le même. Sur le microbe de la pourriture d'hôpital (*Arch. de méd. milit.*, *p. 249*, *oct. 1896*).

Vincent a examiné 25 cas de pourriture d'hôpital sur des Arabes rapatriés de Madagascar. Il a rencontré, souvent à l'état exclusif, toujours d'une manière constante et en quantité extrêmement grande, parfois colossale, un bacille analogue au vibrion septique. Ce microbe n'est pas cultivable, ni en présence de l'air, ni dans le vide, dans les milieux nutritifs usuels et résiste aux agents antiseptiques. La pourriture d'hôpital est une lésion spécifique, particulière à l'espèce humaine ; elle n'est pas inoculable aux animaux. MAUBRAC.

L. FOURNIER. Origine microbienne de la lithiase biliaire (*Thèse de Paris*, *1896*).

L'étude des calculs recueillis, dans 70 cas, chez l'homme ou chez le bœuf, a montré que 47 fois les calculs ne contenaient ni microbes vivants ni formes microbiennes visibles ; 20 fois les calculs contenaient le colibacille vivant ; 3 fois les cultures restèrent négatives, tandis que l'examen direct révélait la présence de formes bacillaires.

Dans un cholélithe pris sur un bœuf fraîchement abattu et en voie de formation, le noyau contenait du mucus et de nombreux débris épithéliaux ; toutes les parties récemment agglomérées renfermaient des colibacilles. On retrouvait le colibacille à l'état de pureté dans la bile.

Les microbes qui se trouvent dans les cellules sont-ils les agents de la cristallisation? Ne doit-on pas penser plutôt qu'ils ont été mécaniquement englobés dans la précipitation des éléments ou qu'ils ont pénétré secondairement dans les cholélithes?

L'auteur a placé dans un tube de bouillon un calcul de cholestérine pure, volumineux, puis il a chauffé le tube à 75° pendant une heure par jour durant 3 semaines. Ayant ensuite ensemencé le tube avec du colibacille et chauffé à 33° pendant 15 jours, il a trouvé au centre du calcul le colibacille mobile.

Donc, ici, le colibacille a pénétré. Mais d'autres calculs, soumis par l'auteur aux mêmes épreuves, ont résisté absolument à la pénétration, parce qu'ils étaient pourvus d'écorces résistantes. Dès que la coque est fissurée, les microbes s'introduisent dans le cholélithe.

La bile qui baigne les calculs peut se débarrasser de ses microbes, tandis que les calculs restent habités. Lorsqu'elle contient des microbes différents de ceux des calculs, il faut admettre qu'après être devenue stérile elle s'est secondairement réinfectée. L'auteur y a vu un paracolibacille immobile, tandis que le calcul contenait un colibacille mobile.

On n'a trouvé jusqu'ici, au centre des calculs, que des colibacilles et des bacilles d'Eberth. En attendant la découverte d'autres microbes pathogènes, l'auteur demande qu'on décrive séparément la lithiase colibacillaire et la lithiase typhique.

F. a fait sans résultat positif diverses tentatives de production artificielle des cholélithes. L. GALLIARD.

CLAUDE. Des hémorragies de la vésicule biliaire d'origine toxi-microbienne (*Soc. anat. de Paris, p. 502, 3 juill. 1896*).

Les expériences de l'auteur montrent que l'injection de toxines microbiennes détermine parfois, chez les animaux, des lésions vasculaires des parois de la vésicule biliaire donnant lieu à des épanchements sanguins ou à la formation de caillots intra vésiculaires. D'autre part, des lésions semblables, rencontrées au cours de maladies infectieuses, démontrent, comme les faits expérimentaux, les relations de l'infection et des lésions hémorragiques des voies biliaires. Et l'auteur est disposé à admettre que c'est par l'intermédiaire de caillots sanguins que se fait la genèse des calculs dans certains cas, chez les individus qui ont eu des maladies infectieuses : on sait, en effet, combien dans ces derniers cas, les calculs sont fréquents. MAUBRAC.

P. GRAWITZ. Ueber die Entzündung der Hornhaut (Sur l'inflammation de la cornée) (*Archiv f. pathol. Anat., CXLIV, 1*).

P. Grawitz rapporte de nouvelles preuves montrant que les modifications de la cornée, irritée expérimentalement, sont le fait de l'activité des cellules propres du tissu cornéen et non la conséquence de l'immigration des globules blancs.

La cornée de grenouille, transplantée, montre des corpuscules de pus, quand elle est vivante, mais soumise préalablement à une température de 50 à 55° C. pendant 5 à 10 minutes, elle n'est plus jamais le siège des troubles qui caractérisent l'inflammation. Les cornées des animaux à sang chaud doivent être soumises à une chaleur de 55° pour être frappées de mort.

Une cornée de grenouille plongée totalement dans le bromure de zinc ou le sublimé (en concentration suffisante), puis transplantée dans le sac lymphatique, ne montre, même au bout de 48 heures, aucun globule blanc; mais, si l'on se contente de faire agir ces solutions un instant seulement sur la cornée, qu'on transplante ensuite cette dernière, on y trouve plus tard des cellules qui ressemblent à des globules blancs immigrés : c'est que toutes les cellules de la cornée n'avaient pas été atteintes et tuées, et, ce sont précisément celles-là qui se sont modifiées après transplantation et ont donné naissance aux soi-disant phagocytes.

Les cornées des oiseaux et des mammifères donnent des résultats analogues : des cornées de porc peuvent être desséchées pendant 2 ou 4 jours, puis transplantées dans la cavité abdominale du lapin; une partie de leurs cellules vivent et présentent les signes de la division caryokinétique.

Ces faits montrent l'erreur des auteurs qui, se fondant sur des expériences analogues, croyaient avoir affaire à un tissu *mort* et regardaient les troubles consécutifs comme le résultat de l'immigration des globules blancs. L'état dit « infiltration de petites cellules » ne s'observe que dans les tissus vivants et résulte de la vitalité de leurs cellules, dont la nutrition se trouve modifiée dans les conditions expérimentales où elles se trouvent. C'est l'arrivée d'un suc nutritif plus abondant qui est la cause

prochaine des modifications du corps cellulaire et du noyau aboutissant à l'état dit infiltration des petites cellules. L'immigration de globules blancs n'a rien à y voir. ÉD. RETTERER.

M. SULZER. Ueber den Durchtritt..... (Sur le passage des corpuscules à travers le diaphragme) (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXLIII*, *1*).

De la semoule de froment, délayée dans une solution physiologique de sel marin, fut injectée dans la cavité abdominale des lapins et les animaux furent sacrifiés 1, 2 ou 3 heures, 1, 2 ou 3 jours ou même 10 jours après l'injection. L'examen du diaphragme montra des traînées foncées disposées en réseaux qui représentent les vaisseaux lymphatiques remplis de semoule. Le canal thoracique en présentait également. Au bout de 8 jours, après l'injection, le diaphragme était presque exempt de grains de semoule, tandis que le foie et la rate en étaient largement pourvus. Les grains absorbés avaient un diamètre de 20 μ à 26,5 μ.

Les coupes montrent que les grains de semoule se trouvent dans les stomates de la face abdominale du diaphragme; ils sont libres, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas renfermés dans le corps des leucocytes. De plus, l'absorption des grains de semoule se constate déjà au bout de 5 à 10 minutes, ce qui exclut le transport par les globules blancs.

Ce n'est que chez les animaux sacrifiés longtemps après l'injection qu'on voit des leucocytes chargés de corpuscules.

Sulzer tire de ses recherches la conclusion suivante : ce ne sont pas les leucocytes qui opèrent le transport des éléments corpusculaires ayant un diamètre double ou triple des globules rouges du sang; ces corpuscules pénètrent directement dans les stomates du diaphragme et passent ainsi dans le système lymphatique. ÉD. RETTERER.

Max FREUDWEILER. Ueber experimentelle Phlebitis (*Archiv für pathol. Anat.*, *CXLI*, *3*).

Freudweiler injecta dans certains segments des veines cutanées du lapin, des solutions d'iode et, rétablissant ensuite la circulation, il les excisa plus tard, au bout d'un temps variable, pour étudier les modifications des parois veineuses. Voici les résultats essentiels des altérations produites par la phlébite expérimentale :

La tunique interne présente des cellules endothéliales plus nombreuses, grâce à leur multiplication.

La tunique moyenne est pourvue de cellules conjonctives et musculeuses, également plus abondantes; elle a plus de fibrilles conjonctives.

La tunique externe ou adventice est le siège de modifications analogues.

Comme il n'existe pas de thrombose dans ces expériences, Freudweiler pense que l'inflammation débute dans la tunique externe (adventice), et s'accompagne d'une périphlébite étendue. De là, elle gagne la tunique *moyenne* où arrivent les leucocytes qui proviennent de l'adventice; de plus les cellules fixes de la tunique moyenne prolifèrent.

Quant à la tunique interne, son inflammation serait consécutive à l'action immédiate de l'iode; elle serait primaire et se traduirait par une prolifération des cellules endothéliales. ÉD. RETTERER.

H. LAMY. Lésions de la moelle épinière produites expérimentalement par embolies aseptiques (*Soc. de biol., 25 juill. 1896*).

L'auteur a pratiqué des embolies fines avec la poudre de lycopode, des embolies plus grosses avec des grains de vanille ; ces dernières ne donnent lieu qu'à une ischémie passagère; les premières produisent le ramollissement rouge avec des lésions de la cellule nerveuse que l'auteur a pu suivre histologiquement. DASTRE.

Patrik MANSON. The life history of the malaria germ outside the human body (*Brit. med. Journ., mars 1896*).

Manson consacre trois leçons intéressantes à décrire les plasmodies de Laveran et à suivre leur développement en dehors du corps humain. Il émet la théorie ingénieuse que le parasite de la maladie se développe dans le corps des moustiques et est inoculé par eux aux malades qui contractent la maladie. Ronald Ross a fait à cet égard des expériences curieuses. En analysant le sang des moustiques ayant piqué des sujets atteints de cachexie palustre dont le sang fournissait des corps en croissant, il constate que ces corps, loin d'être digérés et détruits par les moustiques se transforment rapidement en corps sphériques, lesquels émettent bientôt des flagella. Le moustique est donc un milieu de culture favorable au développement du parasite de la maladie ; et quand on fait boire à un sujet de l'eau où a été dissous le corps de quelques moustiques ainsi malarialisés, il contracte au bout de 11 à 12 jours, temps normal d'incubation de la fièvre intermittente, des accès typiques. H. R.

W. REED. Lymphoïd nodules of the liver in typhoïd fever (*Johns Hopkins hosp. Rep., V, p. 379*).

Etude intéressante sur les nodules lymphoïdes signalés dans le foie des typhiques par Friedreich, Wagner, Hoffmann, etc. Reed ne croit pas que leur topographie soit constamment liée à la distribution de l'espace porte, comme l'avaient affirmé Legry et Pavone. Ils peuvent se voir le long des ramuscules de l'artère hépatique aussi bien que de la veine porte. Ces petits foyers de nécrose sont plus ou moins complets, suivant que les cellules hépatiques, incluses, ont subi des dégénérescenses graisseuses ou granuleuses ou sont restées intactes : elles transforment à la longue en petits amas sclérosés, qui persistent indéfiniment, 25 ans, dans un cas étudié par Reed.

L'auteur a réussi à provoquer expérimentalement ces nodules lymphoïdes, en injectant dans la veine mésentérique de lapins des quantités variables de culture pure de bacille d'Eberth, sans mélanger de colibacille. On ne retrouve plus le bacille dans les foyers de nécrose; il est donc probable que ce sont les toxalbumines sécrétées par le bacille typhique qui produisent les attractions hépatiques. Welch et Flexuis ont obtenu des lésions du foie identiques en injectant de la toxalbumine diphtérique sans bacilles de Loëffler. H. R.

A. BONVICINI. Ricerche bacteriologiche e sperimentali sulla etiologia della leucemia nel cane e nel bue (*Broch. in-8° de 61 p., Bologne, 1896*).

Du sang d'un chien atteint de leucémie ganglionnaire, splénique, hépatique et rénale, l'auteur a obtenu des cultures d'un diplocoque mesurant 0,9 à 1 centimètre, mobile, donnant sur agar et sur gélatine peptonisée et glycérinée, des colonies blanches, sphériques, légèrement dentelées. Ce diplocoque, inoculé au lapin, n'a produit aucun effet; chez le chien, il a produit une tuméfaction passagère des ganglions lymphatiques. Chez la souris blanche, le cobaye, le chat, il a déterminé, après une incubation de durée variable suivant les espèces animales, une maladie à marche lente, caractérisée par de l'abattement, de la raideur dans les mouvements, une sensibilité exagérée au niveau des os, de l'amaigrissement, une anémie progressive due à une diminution progressive des hématies avec augmentation, également progressive, du nombre des leucocytes, une tuméfaction progressive et indolente, plus ou moins généralisée, des ganglions lymphatiques superficiels et mésentériques, des signes de catarrhe gastro-intestinal. A l'autopsie, ces animaux présentaient une hyperplasie des ganglions lymphatiques, une hyperplasie typique de la rate, une infiltration leucocytaire du foie, une fragilité exagérée des os, etc. Les organes renfermaient un diplocoque ayant, au microscope et en cultures, les caractères signalés plus haut. GEORGES THIBIERGE.

E. BOINET. Recherches expérimentales sur la pathogénie de la maladie d'Addison (*Marseille méd., 15 mars 1896*).

Les théories de l'insuffisance capsulaire et de l'altération du grand sympathique, qui ont été opposées l'une à l'autre pour expliquer la pathogénie de la maladie d'Addison, contiennent chacune une part de vérité, mais elles ont le tort d'être trop exclusives. Dans les cas d'absence ou d'intégrité des capsules, on ne peut invoquer que la théorie nerveuse; cependant, la clinique et l'expérimentation démontrent que la destruction pathologique ou expérimentale des capsules agit non seulement par la dégénérescence ascendante et secondaire du grand sympathique et de ses ganglions, mais encore par l'insuffisance capsulaire. Cette suppression des fonctions des capsules favorise la rétention dans le sang, les viscères et les muscles de produits toxiques qui paraissent jouer un certain rôle soit dans la formation du pigment dans le sang, soit dans la production et l'augmentation de l'asthénie. LEFLAIVE.

CHARRIN et LANGLOIS. Du rôle des capsules surrénales dans la résistance à l'infection (*Soc. de biol., 4 juill. 1896*).

Les auteurs complètent la description des lésions, des hypertrophies capsulaires qu'ils ont pu produire à l'aide des toxines.

En outre, sur un nombre de 37 séries d'expériences, ils ont vu l'ablation de l'un de ces organes retarder la mort dans plus des deux tiers des cas.

Ils se basent sur ces données pour penser qu'une partie des poisons de l'infection dérive de ces viscères modifiée par les toxines. A. C.

GOTTLIEB. Ueber die Wirkung der Nebensnierenextracte..... (Sur l'action de l'extrait de capsules surrénales sur le cœur et la pression sanguine) (*Archiv f. exp. Path.*, *XXXVIII*, *p. 99*).

L'excitabilité du muscle cardiaque n'est pas augmentée par l'injection d'extrait de capsules surrénales chez la grenouille, mais on note une excitation très intense des ganglions cardiaques. Si on sépare ceux-ci du cœur par la ligature, la pointe du cœur se contracte d'une façon normale. Démontrée pour le ganglion de Bidder. Cette action excitante de l'extrait surrénal est seulement probable pour les autres ganglions cardiaques.

Chez les animaux à sang chaud, on constate aussi l'excitation des ganglions du cœur à l'exclusion du muscle. On note une augmentation de la pression sanguine due à une action spécifique de l'extrait sur les ganglions moteurs intra-cardiaques et sur les appareils ganglionnaires des vaisseaux périphériques (vaso-constriction). PAUL TISSIER.

CORNIL et CHAPUT. Sur le mode de réunion séro-séreuse des anses intestinales (*Bulletin Acad. de méd.*, *4 août 1896*).

Les réunions séro-séreuses d'anses intestinales ont été faites sur des chiens que l'on a sacrifiés au bout d'un laps de temps variable.

Au bout de 24 heures, les couches péritonéales sont unies par une mince lame de fibrine disposée en un réseau à très fines mailles remplies de globules rouges et blancs. Les cellules endothéliales du revêtement péritonéal ont perdu leur forme aplatie et leur cuticule superficielle a disparu. Le tissu sous-péritonéal présente un début de prolifération des cellules du tissu conjonctif par voie de division directe. Les couches musculaires lisses sont infiltrées de globules blancs, surtout au niveau du passage des fils.

Au bout de 48 heures, les cellules du tissu conjonctif sous-péritonéal et les cellules endothéliales prolifèrent, se déforment, s'allongent, s'étoilent, s'anastomosent entre elles.

Les jours suivants, les pointes d'accroissement de ces cellules pénètrent dans la couche de fibrine et les cellules anastomotiques étoilées se creusent et prennent le type des cellules vaso-formatives. Au 5e jour, les néo-vaisseaux sont déjà anastomosés avec les vaisseaux préexistants et mettent en rapport la circulation des deux anses à travers la couche fibrineuse. Au 8e jour, l'organisation de la cicatrice est complète et l'adhérence solide. LEFLAIVE.

GABBI. Die Blutveränderungen nach Exstirpation der Milz..... (Les altérations du sang à la suite de l'extirpation de la rate, au point de vue de la fonction hémolytique de la rate) (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XIX*, *p. 647*, *1896*).

Les résultats de l'extirpation de la rate diffèrent sur les cobayes et sur les lapins. Chez le cobaye, le nombre des globules rouges augmente (en moyenne 377000 par millimètre cube) sans que ceux-ci s'altèrent; cette augmentation constante débute dès le 1er jour après l'opération. L'hémo-

globine augmente aussi (8,2 0/0). L'augmentation du nombre des hématies et de l'hémoglobine n'est pas durable : 3 à 6 mois après, les nombres sont redevenus normaux; il se fait une légère modification vicariante de la moelle des os. Chez le lapin, les modifications sont nulles, tant pour les globules que pour l'hémoglobine. On ne peut donc dire que la rate soit sans influence sur le sang. C. LUZET.

P. TEISSIER. Nouvelle contribution à l'étude de l'anguillule stercorale (*Arch. de méd. exp., VIII, p. 586*).

Une variété d'anguillule stercorale rencontrée, chez un homme atteint de diarrhée chronique des pays chauds, peut se transmettre expérimentalement à la grenouille, chez laquelle elle prend des dimensions géantes. Cette anguillule chez la grenouille n'est pas exclusivement entozoaire; on la rencontre dans tout le tube digestif et dans les poumons; elle donne lieu à des érosions vasculaires de la paroi intestinale.

Des expériences ont montré la vitalité persistante des œufs et des formes embryonnaires de l'anguillule dans l'eau, ce qui confirme le danger de l'absorption d'eau ainsi contaminée. H. BOURGES.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

J. Crawford DUNLOP. On the action of large doses of dilute mineral acids on metabolism (*The Journ. of phys., XX, p. 82*).

L'auteur a observé sur lui-même et sur d'autres personnes l'influence de fortes doses d'acides chlorhydrique dilué, sur la composition des urines. Il a constaté les effets suivants : une diurèse abondante; un léger accroissement de l'acidité totale de l'urine, une augmentation de l'excrétion azotée, portant non point sur l'urée, mais sur l'ammoniaque et sur les matières extractives; une augmentation de l'excrétion de soude. DASTRE.

R. HORNE. The action of calcium, strontium and barium salts in preventing coagulation of the blood (*The Journ. of phys., XIX, p. 356*).

Les sels solubles de calcium, strontium, barium, retardent ou empêchent la coagulation du sang, à la dose de 5 0/00 et au-dessus. Les sels de barium ont un pouvoir préventif supérieur à celui des sels de strontium et ceux de strontium supérieur à ceux de calcium. Le chlorure de barium retarde la coagulation à la dose de 2,5 0/00. L'action des hydrates est différente. L'hydrate de calcium en solution saturée n'a pas d'effet; l'hydrate de strontium retarde seulement légèrement; l'hydrate de barium est, au contraire, très actif. Si l'on dilue le sang chloruré, on diminue l'ef-

ficacité des chlorures et on accélère la coagulation, surtout pour le calcium et le strontium. De même, un sang rendu incoagulable par l'addition de chlorures de calcium et de strontium se coagule si l'on ajoute de l'oxalaté de potassium (lequel annulera l'excès des précédents chlorures). Une température de 30° à 40° accélère la coagulation du sang traité par les chlorures de calcium, strontium et barium. Les solutions de chlorures de sodium et de potassium, depuis 7 0/00 et au-dessus retardent la coagulation du sang traité par les chlorures de calcium et de strontium.

DASTRE.

Joh. BARTELT. Sur l'hémol (*Therap. Monatsh., p. 533, oct. 1896*).

Sous le nom d'hémols, on désigne des combinaisons métalliques de parahémoglobine, obtenues en faisant agir un sel sur l'hémoglobine cristallisée, fraîchement préparée, dissoute dans la solution physiologique de sel marin. Le zinchémol peut s'obtenir en ajoutant à du sang soit des sels de zinc, soit du zinc en poudre; si l'on retire le zinc du zinchémol avant la dessication, on a l'hémol, poudre brune à goût légèrement salé. L'hémol est résorbable et peut être utilisé même chez les personnes très affaiblies pour reconstituer les hématies.

La faible teneur en fer de l'hémol n'explique pas son action rapide ; il faut faire entrer en ligne de compte sa composition totale. C'est, en somme, un exemple d'organothérapie par l'extrait de globules rouges. Sauf dans les cas d'ulcère stomacal, l'hémol est bien supporté; il ne constipe pas; les dents ne sont pas altérées; l'appétit est plutôt favorablement influencé.

En dermatologie, l'association de l'acide arsénieux avec l'hémol (100 parties d'hémol pour 1 d'acide arsénieux) donne les meilleurs résultats. Il est possible qu'il se forme un arsénhémol, véritable combinaison chimique.

PAUL TISSIER.

SCHLESINGER. Sanoforme, stérilisation de la gaze au sanoforme (*Therap. Monatsh. n° 9, p. 506, sept. 1896*).

Le sanoforme, éther méthylique de l'acide biiodsalicylique, se présente sous forme d'aiguilles incolores, sans odeur et sans goût. Il se dissout dans 200 parties d'alcool à froid, dans 10 à chaud, dans l'éther, le chloroforme, l'huile, la vaseline; il est très peu soluble dans l'eau et la glycérine.

Il tarit vite la sécrétion des plaies suppurantes. Il est très lentement absorbé. La gaze au sanoforme peut se stériliser à l'étuve sèche ou humide.

PAUL TISSIER.

BOHL. Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Formaldehyd-casein (*Münch. med. Woch., n° 38, p. 889, 22 sept. 1896*).

Cette substance a des propriétés antiseptiques faibles. Elle peut empêcher la suppuration des plaies récentes, si elles ne sont pas fortement infectées ; sur les plaies suppurantes elle agit lentement par son action

astringente sur les granulations ; elle reste sans action sur les suppurations entretenues par des nécroses de tissus. Elle est sans action sur les lymphangites. Elle n'est pas toxique. C. LUZET.

A. BENEDICENTI. Ueber die Alcoholausscheidung durch die Lungen (Excrétion d'alcool par les poumons) (*Archiv f. Physiol., p. 254, 1896*).

L'auteur a fait sur lui-même et sur des chiens et des lapins, plusieurs séries d'expériences sur l'excrétion d'alcool par les poumons. Cette excrétion ne dépasse pas, en une heure, 0,9 à 1,2 0/0 du total de l'alcool introduit ; elle ne se montre que pendant quelques heures après l'ingestion.

L'excrétion d'alcool est augmentée par une diminution de pression de l'air respiré, ou par une augmentation de sa température. La quantité d'alcool ingérée n'a guère d'influence sur l'importance de l'excrétion.

LÉON FREDERICQ.

E. BOINET. Action physiologique de la nicouline (*Marseille méd., 15 août 1896*).

La nicouline, principe extrait du Robinia Nicou Aublet, légumineuse de la Guyane, exerce une action stupéfiante sur les centres nerveux, qu'elle congestionne, et principalement sur le bulbe.

Au début, elle détermine une courte phase d'excitation, plus ou moins accentuée, suivant l'animal en expérience. Si la dose est massive, on ne tarde pas à observer de l'hébétude, de la torpeur, de l'assoupissement, de la stupeur. La résolution musculaire se généralise. Si la dose n'est pas trop forte, au bout de quelques heures il y a guérison. Lorsque la la dose est trop forte, le mort survient après quelques secousses convulsives.

La dose toxique pour les mammifères est de 1 milligramme pour 8 à 10 grammes du poids d'animal en injections massives. A doses fractionnées, l'animal peut en supporter davantage, par suite de l'élimination progressive du poison.

L'auteur a eu l'idée d'utiliser les propriétés stupéfiantes et paralysantes de la nicouline dans un cas de tétanos aigu. La dose injectée a été minime (1 milligramme) et le malade était mourant, de sorte que l'insuccès thérapeutique dans ce cas n'est pas probant. LEFLAIVE.

SACKUR. Arbeiten aus dem pharmakologischen..... (Sur les effets consécutifs à la rigidité musculaire produite par la caféine) (*Arch. f. pathol. Anat., CXLI, 3*).

La caféine, introduite dans le sang, produit la coagulation de la myosine ; et si l'on n'évite, par un dispositif spécial, l'empoisonnement général, on voit survenir au bout de quelques temps la mort. Celle-ci est due à des hémorragies multiples qui se font dans divers organes (poumons, estomac, intestins, reins). Quant à la cause déterminante de ces hémorragies, Sackur parvint à établir qu'elles proviennent de thromboses déterminées par l'introduction de certains ferments que le muscle empoisonné par la caféine déverse dans le torrent circulatoire.

ÉD. RETTERER.

A. KISSEL. Ueber die pathol. anatomischen..... (Sur les modifications anatomo-pathologiques des os des jeunes animaux sous l'influence de doses minimes de phosphore) (*Archiv f. path. Anat.*, *CXLIV*, *1*).

Kissel institua une série d'expériences sur de jeunes chiens en leur administrant par voie stomacale des quantités variables de phosphore. A une première catégorie de chiens (5 chiens), il donna journellement 10 centigrammes de phosphore par kilogramme du poids de l'animal; à une deuxième catégorie (9 chiens), une dose de 5 centigrammes par kilogramme et à une troisième catégorie (chiens et lapins), une dose de 3cg,3 par kilogramme du poids de l'animal.

Les animaux de la première catégorie présentèrent bientôt tous les signes d'un empoisonnement chronique; de plus, on constata à l'autopsie que les os en voie de formation étaient atteints de phénomènes atrophiques, tandis que la substance osseuse complètement développée paraissait normale.

Chez les animaux de la seconde catégorie, on remarqua que le développement des os se faisait un peu moins bien que dans les conditions normales.

Enfin, les jeunes animaux de la troisième catégorie, après avoir été soumis pendant *deux* mois au régime de 3cg,3 de phosphore par jour, grandirent et se portèrent aussi bien que les animaux témoins.

Kissel tire de ces expériences les conclusions suivantes : 1° le phosphore est un poison plus violent qu'on ne l'admet généralement; 2° le phosphore quelle que soit la dose employée, n'a aucune influence sur la croissance des os; 3° des doses *minimes* peuvent amener l'empoisonnement de l'animal, quand celui-ci est atteint de troubles digestifs; 4° le phosphore ne modifie en rien la santé générale, quand il est administré à faibles doses; 5° à *fortes* doses, le phosphore produit des altérations dans les couches cellulaires qui sont en train de s'ossifier; 6° dans l'empoisonnement chronique, déterminé par des doses moyennes de phosphore, le foie s'atrophie, en même temps qu'on observe la prolifération et l'épaississement du tissu conjonctif hépatique. Il n'y a pas de raison pour administrer le phosphore dans les maladies des os. ED. RETTERER.

STERLING. Contre-indications à l'usage des sels de brome (*Therap. Monats.*, *p. 503*, *sept. 1896*).

Les bromures ont des contre-indications formelles; il ne faut pas leur attribuer seulement les accidents graves, mais aussi un certain nombre de troubles légers qui ont cependant leur importance : chez les neurasthéniques avec anémie, le bromure détermine une sorte d'hypoplasie générale, de cachexie; chez les tuberculeux, le bromure augmente l'anémie, les troubles gastro-intestinaux, favorise le catarrhe bronchique, influence défavorablement la peau. PAUL TISSIER.

CATRIN. La toxicité de l'acide borique (*Soc. méd. des hôp.*, *10 juill. 1896*).

Un cobaye ingère 4 grammes d'acide borique dissous dans 100 grammes d'eau; on renouvelle la dose le lendemain; il meurt dans la nuit. Un cobaye

ingère trois jours de suite 1 gramme dissous dans 25 grammes d'eau et meurt le 3e jour. Un cobaye ingère 40 centigrammes dans 10 grammes d'eau, cinq jours de suite, et meurt le 5e jour. Un cobaye ingère 20 centigrammes dissous dans 5 grammes d'eau et meurt au bout de 18 jours. Dans tous ces cas, Catrin a trouvé une congestion intense des viscères abdominaux, surtout du tube digestif. H. L.

GUINARD. Étude sur la résistance de la peau saine à l'absorption des médicaments et des poisons (*Bulletin gén. de thérap.*, *8*, *août et suiv. 1896*).

Pour trancher la question de l'absorption par la peau, Guinard applique sur la peau 3 grammes de chlorhydrate de morphine, et ne constate pas d'absorption.

L'absorption des substances fixes en solution aqueuse est également contestable; sur 26 auteurs, 19 ont enregistré des résultats absolument négatifs; d'autres n'ont admis l'absorption que dans des conditions particulières (après lavage et dégraissage de la surface cutanée à l'aide des alcalis ou après frictions). Les expériences de Guinard faites avec des solutions d'atropine, de morphine, etc., l'ont conduit également à nier l'absorption des substances en solution aqueuse.

L'enduit sébacé normal est une des causes pour lesquelles le tégument oppose de la résistance à la pénétration des médicaments et des poisons. Cet enduit étant miscible aux matières grasses, on a pensé que l'épiderme doit laisser passer les substances incorporées dans les corps gras. Certes, on ne peut nier l'absorption de certains médicaments incorporés à des graisses, celle de l'acide salicylique, par exemple, mais, en ce qui concerne ce corps, il convient de remarquer qu'il peut pénétrer à l'état de vapeur (Linossier et Lannois) et, d'autre part, qu'il est kératolytique au premier chef, c'est-à-dire place la peau dans des conditions telles qu'on ne peut la considérer comme fonctionnant d'une manière physiologique. Les expériences de Guinard faites avec divers excipients (lanoline, vaseline, axonge), auxquels étaient incorporés soit de l'iodure de potassium, soit de la morphine ou de l'apomorphine, de l'ésérine, de la strychnine, etc., ont donné des résultats négatifs, en ce qui concerne l'absorption de ces substances. Même après lavage au savon, la peau des animaux en expérience (trois chiens) n'a absorbé aucune trace d'une pommade contenant 4 grammes de strychnine pour 20 grammes de corps gras.

L'absorption cutanée des gaz et des vapeurs n'est pas contestée; pour assurer l'absorption des médicaments volatils, il faut pratiquer un enveloppement de la région sur laquelle on les applique; la démonstration en a été faite, pour le gaiacol, par Guinard et Stourbe. G. LYON.

BREITENSTEIN. Beiträge zur Kenntniss der Wirkung kühler Bäder auf den Kreislauf gesunder und Fieberkranken (Sur l'action des bains tièdes sur la circulation chez les sujets sains et chez les fébricitants) (*Archiv f. exper. Path. u. Pharm.*, *XXXVII*, *p. 253*, *25 juin 1896*).

L'effet des bains tièdes à 22° Réaumur ne saurait s'expliquer par une action sur la température, le pouls, la pression sanguine. B. a songé à compter

les globules sanguins avant et après le bain. Il a vu que le nombre des hématies augmentait d'une façon très notable dans les vaisseaux périphériques. Cette augmentation qui s'observe à un faible degré chez l'homme sain ne dépend pas de l'abaissement thermique, on ne l'observe pas si l'on se sert d'antipyrine. Et il en conclut que le bain tiède agit sur le système circulatoire de telle façon qu'il change la constitution du sang en faisant disparaître la stase qui se produit dans certains organes. Le bain excite le cœur et les vaisseaux et, d'autre part, en rendant les inspirations plus profondes, il lutte contre les stases veineuses.

PAUL TISSIER.

Lauder BRUNTON et TUNNICLIFFE. On the cause of the rise of blood pressure produced by digitalis (*The Journ. of phys.*, *XX*, *p. 354*).

L'élévation de pression produite par la digitale est attribuée par quelques pharmacologistes à l'activité seule du cœur, et par d'autres à une contraction simultanée des artérioles périphériques. Les auteurs examinent cette question de la contraction des vaisseaux périphériques. Ils inhibent le cœur pendant un certain temps en l'absence de digitaline et après administration de cette substance; et ils observent, pendant cet arrêt du cœur la manière dont se fait la chute de pression dans la carotide en l'un et l'autre cas. Ils concluent, contrairement à Schmiedeberg et à d'autres, que la digitale provoque une contraction des vaisseaux périphériques qui exerce sa part d'influence dans l'ascension de la pression artérielle.

DASTRE.

MAIRET et BOSC. Recherches sur les effets de la glande pituitaire administrée à l'homme sain et épileptique et aux animaux (*Arch. de physiol.*, *p. 600, 1896*).

La bouillie pituitaire injectée dans les veines produit la mort par coagulation. Traitée par le chlorure de sodium et la chaleur elle produit des phénomènes toxiques analogue à ceux produits par le sérum sanguin, avec myosis plus accentué. L'injection et l'ingestion de glande pituitaire chez l'épileptique ne diminuent pas le nombre des attaques; elles les augmentent plutôt et provoquent des accès délirants.

DASTRE.

W. STRAUB. Ueber die Bedingungen..... (Sur les conditions d'apparition de la glycosurie dans l'intoxication par l'oxyde de carbone (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, *XXXVIII, p. 139*).

La glycosurie consécutive à l'intoxication oxycarbonée existe, mais seulement sous une certaine condition, à savoir que l'animal intoxiqué ait de l'albumine à détruire, car le sucre urinaire provient alors de l'albumine ingérée ou fournie par l'organisme. La gélatine ingérée peut aussi amener la glycosurie. Si l'on soumet l'animal à la diète au point de vue des albuminoïdes (alimentation par le pain), la glycosurie disparaît. Il en est de même lorsque l'alimentation ne consiste qu'en hydrates de carbone (amidon, sucre de raisin, de lait).

PAUL TISSIER.

Jacques DE MONTMOLLIN. Empoisonnement par l'if chez un enfant (*Revue med. Suisse romande, XV, p. 667*).

Garçon de 2 ans, très robuste : le 2 novembre, à 3 heures de l'après-midi, il accompagne d'autres enfants qui s'en vont, comme d'habitude, manger des baies d'if et il en mange lui-même. Il joue jusqu'à 6 h. 1/2, où il mange des pommes de terre au vinaigre. Immédiatement il tombe par terre sans connaissance, pâle, en rigidité complète; la respiration et le pouls semblent arrêtés. On le secoue, la tête en bas, ce qui amène un premier vomissement composé de 11 baies d'if triturées, mêlées aux aliments.

A 8 heures du soir, pupilles égales, normales, réagissant à la lumière. 40 à 45 pulsations radiales faibles; respiration faible et plutôt lente. Refroidissement intense du corps et des membres. La tête tombe en tous sens lorsqu'on soulève les épaules. Nausées de temps en temps. De nouveaux vomissements provoqués déterminent le rejet de 5 baies d'if.

Le lendemain matin, l'enfant se trouve mieux. Une cuillerée à café d'huile amène, le jour suivant, une selle contenant environ 50 noyaux cassés de baies d'if et des tronçons d'un rameau du même arbre. Guérison parfaite.

Comme les autres enfants avalent baies et noyaux sans inconvénients, l'intoxication doit être attribuée au rameau et peut-être aussi aux noyaux cassés. Le mets au vinaigre paraît avoir eu une influence nuisible. (*R. S. M.*, VII, 537 et IX, 112.) J. B.

K. EHRLICH et O. LIDENTHAL. Blutbefund bei Nitrobenzolvergiftung (État du sang dans un empoisonnement par la nitrobenzine) (*Zeitschr. f. klin. Med., XXX, p. 427*).

Bien que la nitrobenzine eût été prise à dose massive (100 grammes) et sous une forme, solution alcoolique, qui devait faciliter l'absorption, les accidents eurent une évolution prolongée et la mort survint seulement le seizième jour dans le collapsus. Dès le début de la cyanose, la pauvreté du pouls, le peu d'étendue des excursions respiratoires qui obligea à pratiquer la respiration artificielle, la torpeur des pupilles avaient été très marqués. La cyanose fut plus tard remplacée par un peu de subictère Du côté du sang le premier effet fut la destruction des globules rouges par la nitrobenzine, destruction entraînant une anémie marquée. L'oxyhémoglobine et la méthémoglobine furent reconnues, après leur mise en liberté et leur transformation, par l'examen spectrocopique. Une autre altération importante du sang fut un envahissement brusque par des érythrocytes à noyaux. A.-F. PLICQUE

HENN. Morphinchlorid gegen Vergiftung mit Kaliumcyanid (Chlorhydrate de morphine contre l'empoisonnement par le cyanure de potassium) (*Münch. med. Woch., n° 37, p. 861, 15 sept. 1896*).

L'auteur, expérimentant sur des souris, constata que l'injection sous-cutanée d'une dose non mortelle de morphine peut empêcher ou tout au moins retarder la mort dans l'empoisonnement par le cyanure de potassium. Sur 10 souris empoisonnées, 6 furent sauvées, 3 ne moururent qu'après 1 à 3 heures, 1 mourut aussi vite que les animaux de contrôle.

C. LUZET.

LANCEREAUX. Les paralysies toxiques, en général, et la paralysie arsenicale en particulier; dangers de la médication par l'arsenic (*Bulletin Acad. méd., 21 juill. 1896*).

Une jeune fille de 13 ans, robuste et bien portante, fut prise un jour, sans cause connue, de courbature, d'anorexie, d'état saburral des voies digestives. Ces phénomènes allèrent en s'accentuant et devinrent assez marqués pour forcer l'enfant à prendre le lit. La fièvre oscillait entre 38° le matin et 40° le soir; il survenait en même temps des vomissements glaireux. On pensa d'abord à une fièvre typhoïde, puis à une tuberculose aiguë. Les extrémités inférieures étant froides, engourdies, Lancereaux crut à une paralysie d'origine typhique.

Au bout d'un mois, la fièvre continuait, tandis que les membres inférieurs se paralysaient de plus en plus et que les muscles extenseurs des orteils s'atrophiaient. Le diagnostic de paralysie toxique s'expliqua alors par ce fait, que la fillette avait été soumise, depuis trois ans, à un traitement par la liqueur de Fowler, pour du psoriasis généralisé. Le régime lacté, les frictions alcooliques amenèrent rapidement la guérison de cette paralysie arsenicale. Dans ce cas, la fièvre a duré 14 semaines.

Une femme de 38 ans était traitée par les injections de la liqueur de Fowler pour une tuméfaction des ganglions de l'aisselle et du cou avec légère hypertrophie de la rate. Elle en avait déjà pris beaucoup antérieurement. Au bout de trois semaines, frissons, diarrhée, fièvre (37°,5 le matin, 38° à 39° le soir); amaigrissement, céphalées avec sensation de contriction frontale; engourdissement et sensation de brûlure dans les jambes. L'arsenic ayant été supprimé, la guérison fut complète, mais la malade fit à ce moment un érythème scarlatiniforme qui confirma le diagnostic d'intoxication arsénicale. LEFLAIVE.

THÉRAPEUTIQUE.

Sur la sérothérapie de la tuberculose, discussion au 7e Congrès de méd. italienne (*Semaine méd., 31 oct. 1896*).

De Renzi montre que le sérum de Maragliano réprime la réaction fébrile déterminée par la tuberculine.

Bertola a traité 17 cas par la sérothérapie avec de bons résultats.

Nascimbene, sur 17 cas, a eu dans 8 une amélioration très notable et dans 4 cas une guérison définitive.

Ermano cite sa propre observation; il a vu, sous l'influence des injections de sérum, disparaître les bacilles de ses crachats et il se regarde comme guéri.

Maragliano a actuellement un total de 172 observations; il n'a jamais prétendu guérir la tuberculose dans toutes ses modalités cliniques; mais il obtient presque toujours des améliorations plus ou moins durables, suivant les cas. Au point de vue de la fièvre, le sérum l'enraye quand il il ne s'agit pas de malades où l'hyperthermie est due en grande partie

aux associations microbiennes. En tout cas, son sérum neutralise l'action toxique de la tuberculine. A. CARTAZ.

E. BOINET. Traitement de la tuberculose humaine par le sérum de chèvre inoculée avec la tuberculine (*Marseille méd., 15 juin 1896*).

Encouragé par des succès obtenus chez des cobayes, l'auteur a injecté à 8 malades le sérum à la dose de 2 à 4 centimètres cubes. Dans 3 cas de tuberculose torpide, apyrétique, à marche lente caractérisée par des craquements secs ou quelques craquements humides, les résultats ont été assez favorables. Une amélioration marquée a été notée dans 2 cas de tuberculose à la 2e période.

Ces injections n'ont pas d'action appréciable dans les cas de tuberculose avancée avec cavernes. Elles sont nuisibles dans les tuberculoses à marche ou à poussées aiguës, s'accompagnant de fièvre, d'hémoptysies, de sueurs nocturnes, de complications laryngées. LEFLAIVE.

M.-B. BLUMENAU. Sur le traitement de la pneumonie fibrineuse par le chlorhydrate de pilocarpine (*Vratch, n° 39, 1896*).

Administrée le 3e ou 4e jour de la maladie, la pilocarpine n'agit pas comme abortif de la pneumonie et n'a aucune influence sur la durée de la maladie ni sur son extension.

L'abaissement rapide et marqué de la température produit fréquemment par ce médicament n'est, le plus souvent, pas de longue durée et fait place à une réascension durable.

Traitée par la pilocarpine, la pneumonie fibrineuse se termine, le plus souvent, non par une crise, mais par lysis ou par une fausse crise.

Les fortes doses de la pilocarpine, même répétées plusieurs fois, ne provoquent pas d'accidents graves chez les personnes jeunes et d'ailleurs bien constituées. H. FRENKEL.

G. BRANTHOMME. Sur 3 cas d'abcès de fixation dans la pneumonie (*Revue de méd., avril 1896*).

1° Pneumonie grippale du lobe inférieur droit au 13e jour, chez un homme de 67 ans. Injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine au bras droit, un centimètre et demi à la cuisse droite, autant à la jambe gauche. Production de vastes phlegmons diffus sous-aponévrotiques. Incision au troisième jour. Amélioration notable des signes physiques et de l'état général. Chute de la température à 37°,7. Réapparition de l'appétit. Au moment où l'on croyait le malade hors de danger, il succombe à des accidents méningés, 32 jours après le début de la pneumonie.

2° Femme de 73 ans, atteinte de pneumonie grippale droite. État grave. Le onzième jour, on pratique trois injections d'un centimètre cube chacune d'essence de térébenthine sous la peau de l'avant-bras droit, de la cuisse du même côté et de la jambe gauche. Production de phlegmon gangréneux avec sphacèle des aponévroses et des gaines musculaires. Incision au quatrième jour. Chute immédiate de la température. Disparition des signes physiques au bout de 9 jours. Guérison.

3° Phlébite puerpérale observée chez une jeune femme de 23 ans quatre jours

après un accouchement normal. Douleurs abdominales. Ballonnement du ventre. Frissons répétés. Vomissements muco-bilieux : menaces de péritonite. Injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. Production de vastes phlegmons. Amendement des phénomènes abdominaux et de l'œdème du membre inférieur. Apparition de crises violentes d'éclampsie, crises de dyspnée extrême, sept saignées successives. Persistance assez prolongée de l'albuminurie qui finit par disparaître cependant.

Branthomme se demande si la méthode de Fochier-Lépine ne pourrait pas être employée au début de toute maladie infectieuse menaçant de se terminer par suppuration au niveau d'un organe indispensable à la vie.

C. GIRAUDEAU.

Joseph CORIN. Traitement de la pneumonie par la digitoxine (*Mém. couronnés par l'Acad. de méd. de Belgique, XIV, n° 5*).

Si le processus inflammatoire n'est pas trop avancé, période d'engouement, la pneumonie peut être jugulée par la digitoxine, à condition de l'employer à doses convenables et à condition de ne pas avoir un trop mauvais état des voies digestives, une stase circulatoire déjà très prononcée, de la dégénérescence du cœur. C. a traité par la digitoxine 71 malades avec 3 décès.

Les doses sont : pour les enfants de 4 à 15 mois, de 2 à 5 dixièmes de milligramme. Pour les enfants de 2 ans, de 5 dixièmes à 1 milligramme.

Pour les adultes, la dose de 3 milligrammes doit être considérée comme le minimum nécessaire pour juguler une pneumonie au début. On peut aller à 4 ou 5 milligrammes si le processus est avancé ou si, 12 heures après la première dose, il n'y a pas eu de modification.

A. CARTAZ.

F. LEONI et S. FARINATI. Gli ascessi di fissazione nelle pleuriti essudative (*Il Morgagni, p. 479, juill. 1896*).

Les auteurs rapportent 3 observations de pleurésie avec épanchement au cours desquelles on provoqua la formation d'un abcès au moyen d'une injection intramusculaire d'essence de térébenthine. Ils concluent de ces observations que cette méthode, qui a fourni des succès dans la pneumonie, l'infection puerpérale, l'érysipèle, la pustule maligne, peut, dans les pleurésies avec épanchement contre lesquelles on n'intervient pas chirurgicalement, provoquer une diminution de l'abondance de l'épanchement et peut même atténuer les signes spécifiques dans la pleurésie tuberculeuse. Ces effets favorables sont plus accentués tant que l'abcès n'est pas ouvert et diminuent avec son ouverture. GEORGES THIBIERGE.

COMBEMALE et DESCHEEMAKER. Du sulfonal contre les sueurs nocturnes des phtisiques (*Bull. méd. du Nord, 9 oct. 1896*).

A la dose d'un ou 2 grammes pris à une heure tardive de la soirée, le sulfonal agit efficacement sur les sueurs nocturnes des tuberculeux, pourvu que les cavernes ne soient pas considérables, que les sueurs ne soient pas profuses; et même alors, si les sueurs ne sont pas amoindries,

il y a meilleur sommeil. Il n'y a pas d'inconvénient sérieux à son emploi. L'usage prolongé au-delà de 15 jours amène l'accoutumance. LEFLAIVE.

HOLT, NORTHRUP, O'DWYER et ADAMS. Report of the Americans pediatric Society's collective investigations into the use of antitoxine in the treatment of diphtheria in private practice (*Journal Amer. med. Assoc., 4 juill. 1896*).

Ont été traités 5,794 cas avec 713 morts soit 12,3 0/0, mais sur ces 713 morts, il faut noter que 218 malades étaient moribonds au moment de l'injection, ou ont succombé dans les 24 heures après la première injection.

Il reste donc 5,576 cas avec une mortalité de 8,8 0/0.

4,120 injectés durant les trois premiers jours ont donné 303 morts (7,3 0/0) : si on retranche les cas de malades moribonds au moment de l'injection ou morts dans les 24 premières heures, on a 4,013 cas avec une mortalité de 4,8 0/0 ; 355 sujets âgés de plus de 15 ans (statistique expurgée) ont présenté une mortalité de 2,5 0/0.

Sur 2,934 cas suivis de guérison, 276 ont présenté des paralysies, soit 9,4 0/0, tandis que sur 450 sujets ayant succombé, on a noté 52 fois (11,4 0/0) des paralysies.

Des phénomènes de sepsie ont été notés 362 fois chez 3,384 malades (10,7 0/0). Le larynx a été atteint 1,256 fois sur 3,384 cas (37,5 0/0), ce chiffre élevé s'explique par ce fait que plusieurs médecins n'ont fait connaître que leurs cas de diphtérie laryngée. Nulle intervention ne fut faite chez 691 malades, il y eut 128 morts et 563 guérisons (16,9 0/0). D'autre part, 565 malades (16,7 0/0) furent opérés (533 intubations avec 138 morts (25,9 0/0) et 32 trachéotomies avec 12 morts (37,4 0/0).

Ce rapport émane de 615 médecins : plus de 600 se sont déclarés partisans du sérum, dont on n'a point constaté d'effet nuisible, d'une manière générale. MAUBRAC.

I. — P. EHRLICH. Die staatliche Controle des Diphtherieserums (*Berlin. klin. Woch., 18 mai 1896*).

II. — Fritz STRASSMANN. Tod durch Heilserum (*Ibid., n° 23, 8 juin 1896*).

III. — LANGERHANS. Idem (*Ibid., n° 27, 6 juill. 1896*).

IV. — Th. ESCHERICH. Bemerkungen über den Status lympathicus der Kinder (*Ibid., n° 29, 20 juill. 1896*).

V. — PERRIN fils. Accidents consécutifs à une injection préventive de sérum antidiphtérique (*Revue méd. Suisse romande, XVI, p. 262*).

I. — En Allemagne, le sérum anti-diphtéritique est l'objet d'un contrôle officiel effectué de la manière suivante :

Un employé de l'Etat reçoit des fabricants de sérum les récipients pleins, d'une contenance de plusieurs litres. Après en avoir bien agité le contenu, il prélève autant de flacons que le récipient renferme de litres, les numérote et les envoie au laboratoire d'essais; puis le récipient, scellé, est conservé dans un local frais, obscur et fermé, jusqu'à ce qu'on connaisse le résultat de l'examen; si celui-ci est favorable, l'employé

ouvre le récipient, et assiste au remplissage, au plombage et à l'étiquetage des flacons destinés à la vente exclusive aux pharmaciens qui ne peuvent en délivrer au public que sur ordonnances médicales. Au laboratoire, les échantillons sont examinés bactériologiquement par deux assistants qui opèrent simultanément et indépendamment. Cet examen doit établir l'innocuité et l'efficacité du sérum. La solution est considérée comme inoffensive quand elle est parfaitement claire ou ne présente qu'un dépôt insignifiant, quand les cultures l'ont montrée complètement privée de germes et que la proportion d'agent conservateur qui y est ajoutée ne peut avoir d'inconvénients pour la santé; on tolère à cet égard 5/10e 0/0 d'acide phénique ou de crésol. Le contrôle du degré d'efficacité de la préparation est fait suivant la déclaration des fabricants qui indiquent le pouvoir curatif qu'ils lui attribuent. On n'admet que les sérums renfermant au moins, par centimètre cube, 100 unités d'immunisation, constatés par des expériences sur les animaux. De tous les échantillons qui ont subi victorieusement les épreuves, le laboratoire garde des flacons qui sont réexaminés de deux en deux mois. Quand l'efficacité de leur contenu a faibli de plus de 10 0/0 ou qu'il s'est produit quelque altération, on retire de la vente les flacons des numéros correspondants.

Le sérum dont s'est servi Langerhans avait été reconnu parfait sous tous les rapports et un nouvel examen pratiqué après la mort de l'enfant, a permis de reconnaître que la préparation n'avait éprouvé aucune modification fâcheuse et ne contenait rien d'anormal. Au surplus, 1,300 portions du même sérum avaient été mises en vente, sans donner lieu à aucun accident et, à un enfant de 18 mois on en a injecté sans inconvénient 16 centimètres cubes, c'est-à-dire une dose décuple de celle du fils de Langerhans.

II.— Le fils de Langerhans, âgé de 22 mois, fut soumis par son père, à titre prophylactique à une injection de sérum de Behring de 1cm cube,2 une heure après manger. Cinq minutes plus tard, agitation rapidement croissante avec cris, puis violente quinte de toux suivie de pâleur cadavérique et de prostration ; au bout de 30 secondes, deuxième quinte de toux, rougeur scarlatiniforme de la peau, cyanose, mydriase, légères convulsions, issue d'une écume blanche et fine par la bouche et le nez et mort 10 minutes après l'injection.

L'autopsie pratiquée par Strassmann et Mittersweig a révélé une congestion passive de l'encéphale, une hypertrophie des follicules de la langue, du pharynx et de la rate, ainsi que des amygdales et des ganglions mésentériques; le thymus pesait 30 grammes et avait 8 cent. 1/2 de long sur 5 de large; des restes alimentaires se trouvaient dans le larynx et les grosses bronches. Intégrité microscopique du myocarde et des reins; pas de bacilles diphtéritiques.

Des expériences sur les animaux avec le contenu du flacon même qui avait servi à l'injection, ont montré qu'il n'était aucunement toxique. S. après avoir écarté comme causes de la mort, l'embolie d'air dans les veines, le spasme de la glotte et la paralysie du cœur, conclut que l'issue fatale est la conséquence d'une asphyxie due à la pénétration de parcelles d'aliments dans les voies aériennes.

III. — Langerhans n'admet pas les conclusions de Strassmann et incrimine le sérum.

IV. — Escherich n'accepte pas non plus les explications de Strassmann.

Il la rattache à la constitution lymphatique du sujet qui peut être cause de mort subite par l'hypertrophie du thymus ou par spasme de la glotte.

V. — Perrin fils a fait une injection préventive de sérum antidiphtéritique à un de ses enfants âgé de 2 ans. La réaction fut très forte et 6 heures après l'injection, la température atteignait 40°. Il se produisit diverses complications du côté des glandes intestinales, du foie et des reins ; le malade eut en même temps que du météorisme et de la congestion hépatique, de la rétention, puis de l'incontinence d'urine, il eut également une éruption d'urticaire avec douleurs articulaires. J. B.

SÖRENSEN. Versuche mit Serumtherapie bei Diphtherie im Blegdamspitale..... (La sérotherapie de la diphtérie à l'hôpital de Blegdam à Copenhague) (*Therap. Monats.*, *n° 8*, *p. 411*, *août 1896*).

La mortalité pour les cas traités avec ou sans sérum est à peu près la même; la marche de la maladie n'est pas influencée, la marche envahissante de l'affection n'est pas empêchée. Le sérum n'est donc pas un agent miraculeux destiné à transformer complètement l'évolution et le pronostic de la diphtérie. Il ne faudrait pas cependant croire que le sérum soit dépourvu de toute action curative. Certains cas traités par le sérum évoluent d'une façon favorable et les lésions secondaires des voies aériennes semblent avec cette méthode, plus rares; mais une fois les manifestations laryngées installées, il ne faut guère compter sur la sérothérapie. PAUL TISSIER.

P. BERNHEIM. Critique du traitement sérothérapique de la diphtérie (*Therap. Monats.*, *p. 315*, *juin 1896*)

B. pense, en s'appuyant sur ses statistiques personnelles que, depuis 11 ans, l'épidémie de diphtérie très grave, s'atténue, ainsi que le démontrent la chute de la mortalité, la diminution considérable dans la gravité des cas et il se demande si cette constatation ne doit pas faire apporter une certaine prudence dans l'appréciation des résultats de la sérothérapie qu'il n'a d'ailleurs employée que 4 fois avec des résultats peu encourageants. PAUL TISSIER.

KRUECKMANN. Ein Vergiftungsfall..... (Un cas d'intoxication avec le sérum diphtérique de Behring) (*Therap. Monats.*, *juin 1896*, *p. 318*).

S'étant accidentellement inoculé au niveau de l'avant-bras gauche en pratiquant une injection à un malade, K. présenta les symptômes suivants : une demi-heure après la piqûre, il ressentit des démangeaisons au niveau de la tête, puis au niveau du dos; une demi-heure plus tard, il ressentit de l'angoisse précordiale, vertige, bourdonnements d'oreilles, un affaissement général ; debout, il chancelait ; sa température atteignait 39° ; son bras s'était peu à peu tuméfié sans être douloureux ; impossibilité d'étendre les doigts ; le visage était rouge pourpre, les oreilles tuméfiées, les extrémités froides; sur tout le corps, les pieds exceptés, parut une éruption de papules rouges, très prurigineuses. La peau était sèche, le pouls insensible ; quelques vomissements, défécation. Le lendemain matin, les symptômes commencèrent à se dissiper (sueurs abondantes, émission d'urine ; il n'y avait pas de miction depuis l'accident). La malade inoculée guérit sans accidents.

PAUL TISSIER.

ROSENBACH. Serumtherapie und Statistik (*Münch. med. Woch., p. 911, 948 et 978, 29 sept., et 6 et 13 oct. 1896*).

Dans ce travail de critique, l'auteur insiste sur les difficultés inhérentes à l'établissement de grandes statistiques et dues à ce qu'il est impossible de comparer les statistiques de différents auteurs. Tel médecin, par exemple, comptant toutes les angines comme diphtérie, aura une statistique naturellement beaucoup plus favorable que tel autre plus rigoureux dans son diagnostic. Si on éliminait les cas douteux du premier, on arriverait à des pourcentages tout différents. Or, la statistique du sérum a bénéficié d'un grand nombre de ces cas douteux et a été par là même faussée. Il faut aussi tenir compte du mouvement ondulatoire en épidémiologie. Ce mouvement ondulatoire est tellement accusé (statist. de Berlin, des hôpitaux de Berlin, des villes allemandes de plus de 15,000 hab.), que les chiffres de morbidité et de mortalité peuvent varier du simple au double.

L'auteur montre que si, au lieu de compter par années, ce qui est au point de vue de l'onde épidémique une durée trop courte, on compte par période de 3, 4 ou 5 ans, on n'aperçoit pas sur les chiffres donnés de différence bien sensible en faveur du sérum. Ici elle est de 6 0/0 seulement ; ailleurs elle est nulle ; ailleurs encore les chiffres de mortalité sont supérieurs à ceux de certaines séries antérieures. C. LUZET.

I. — ROSCO. Traitement de la coqueluche par la méthode de Rabintschek (*Gaz. d. Osped., n° 80, 1896*).

II. — L. MAESTRO. Traitement de la coqueluche par l'ichtyol (*La Pediatria, juin 1896*).

I. — R. a appliqué la méthode de Rabintschek (expression sur la base de la langue d'un peu de solution de sublimé au millième) chez 71 enfants. La guérison survint chez 36 après 3 à 12 badigeonnages, 13 furent améliorés ; les autres ne purent suivre le traitement. L'avantage de ce procédé est la cessation rapide des vomissements.

II. — M. donne de 10 à 80 centigrammes d'ichtyol par jour, d'une façon progressive. 8 enfants, traités ainsi, ont été rapidement améliorés. A. C.

Arthur IRSAI, Bernhard VAS et Géza GARA. Ueber den Einfluss der Schilddrüsen futterung..... (Influence de la thyroïdothérapie sur les échanges nutritifs chez les goitreux) (*Deutsche med. Woch., n° 28, p. 439, 9 juill. 1896*).

Les expériences des auteurs ont porté sur 3 malades. Les conclusions sont les suivantes : 1° Le goitre a diminué dans les 3 cas ; 2° le poids du corps a diminué d'un kilogramme dans 1 cas, de 2 kilogrammes dans les 2 autres. La diminution est proportionnelle à la durée du traitement et à la dose ingérée ; 3° la quantité d'urine augmente par l'adnistration des préparations thyroïdiennes ; 4° l'augmentation de l'excrétion d'azote paraît due surtout à la fonction urinaire ; 5° cette augmentation s'est chiffrée par un bilan négatif de $5^{gr},46$, $5^{gr},72$ et $4^{gr},34$ d'azote ; la perte d'azote représente donc une minime partie de la perte du poids

corporel. Le rôle que jouent, dans cette perte, les substances grasses, ne pourrait être déterminé que par des recherches sur les échanges gazeux de la respiration, recherches qui seront publiées plus tard; 6° l'excrétion d'acide urique, dans les 2 cas où cette substance a été mesurée, a paru notablement augmentée; cette augmentation coïncide surtout avec les jours du traitement et fournit souvent, dans cette période, des chiffres considérables. Cette excrétion paraît liée à l'augmentation du nombre des leucocytes. L'examen du sang chez les malades traités par les préparations thyroïdiennes, n'a pas été toujours concordant, néanmoins la plupart des auteurs admettent une augmentation du chiffre des leucocytes; 7° l'excrétion du chlorure de sodium et d'acide phosphorique est constamment en augmentation. H. DE BRINON.

TREUPEL. Stoffwechseluntersuchung..... (Recherches sur la nutrition dans un cas de myxœdème traité par la thyroïdine et recherches expérimentales) (*Münch. med. Woch.*, *n°38*, *p. 885*, *22 sept. 1896*).

Jeune fille de 16 ans, taille 1m,28, habitus spécial du myxœdémateux, traitée une première fois par la glande thyroïde en tablettes. Elle est soumise une seconde fois à la thyroïodine pendant 6 jours (2 gr. par jour).

Avant l'administration.	Apport d'Az...	18.02.	Élimination d'Az...	17.88.
Pendant	—	—	16.20.	—	20.00.
Après	—	—	15.65.	—	21.59.

Dans ses recherches sur les animaux, l'auteur administre la thyroïodine à la grenouille et constate une accumulation d'iode dans la glande thyroïde; résultat négatif chez le lapin. C. LUZET.

C. GIOFFREDI. La seroterapia nella malattia di Flaiani (*Med. contemporanea*, *n° 4*, *1896*).

L'auteur a pratiqué, chez une femme atteinte de maladie de Flaiani (maladie de Basedow), des injections de sérum de chien éthyroïdisé et offrant au complet la symptomatologie de la toxhémie spéciale aux animaux ainsi opérés. Dans l'espace de 2 mois et 23 jours, la malade reçut 54 injections de 1 centimètre cube en moyenne. Résultat satisfaisant : disparition des phénomènes subjectifs, céphalée, anorexie, agitation, tristesse; disparition presque complète du tremblement, tachycardie très atténuée, exophtalmie réduite dans des proportions peu considérables mais d'une façon évidente, nutrition améliorée, réapparition de la menstruation. Pendant la période où on faisait des injections de plus de 1 centimètre cube, quelques oscillations fébriles ne dépassant pas 38°. Pendant une suspension du traitement, réapparition des symptômes antérieurs. GEORGES THIBIERGE.

MAHILLE. Association médicamenteuse dans le traitement du goitre (*Nord méd.*, *p. 181*, *1er déc. 1896*).

Femme de 42 ans, soumise au traitement thyroïdien (60 centig. de corps thyroïde frais) pour un goitre. Malgré la faible dose, troubles généraux, accélération des battements du cœur, douleurs, etc. M. associe à cette médication l'arsenic et voit tous les accidents disparaître, la médi-

cation thyroïdienne bien supportée ; diminution graduelle du goitre sans amaigrissement. A. CARTAZ.

P. CONSIGLI. Ricerche sperimentali ed osservazioni cliniche sul valore fisiologico e terapeutico delle iniezioni endovenose di arseniato di soda e di citrato ammoniacale di ferro in alcune forme di anemia primaria (*Il Morgagni, p. 345, juin 1896*).

L'auteur a expérimenté chez les animaux les injections intraveineuses d'arséniate de soude et de citrate ammoniacal de fer et a constaté leur innocuité et leurs effets favorables sur l'état du sang, l'arsenic agissant sur les globules et le fer sur l'hémoglobine. Il a soumis 2 malades aux injections d'arséniate de soude et 2 autres aux injections de citrate ammoniacal de fer. Il a constaté que les injections intraveineuses d'arsenic préparent en quelque sorte l'organisme au traitement ferrugineux, le rendent plus efficace et plus rapide et permettent aux malades de supporter des doses plus élevées de fer. Les injections de fer ont une action plus rapide que les autres modes de traitement ferrugineux ; mais elles provoquent des phénomènes d'intolérance (état syncopal, frissons, fièvre légère) qui ne permettent pas d'en faire un large usage et qui sont d'autant plus accentués que le degré d'anémie est plus prononcé. L'auteur conseille de n'employer que des doses faibles, en particulier dans les cas graves, et de se limiter à des doses de beaucoup inférieures à 1 centigramme de citrate de fer par injection. GEORGES THIBIERGE.

SCHMIDT. Werdenbei der Behandlung der Chlorose..... (Les nouveaux procédés : saignée et sudation, employés dans le traitement de la chlorose, donnent-ils de meilleurs résultats que le fer?) (*Münch. med. Woch., p. 632 et 656, 7 et 14 juill. 1896*).

L'auteur a expérimenté sur 58 malades de la façon suivante :

NOMBRE de MALADES.	TRAITEMENT.	AUGMENTATION MOYENNE HEBDOMADAIRE en hémoglobine.	AUGMENTATION MOYENNE HEBDOMADAIRE en poids.
4	Une saignée	2,5	0,92
8	Une saignée et sudation	0,36	0,46
5	Plusieurs saignées	0,59	0,51
5	Plusieurs saignées et sudation	— 5,6	0,19
2	Plusieurs saignés, sudation et fer en même temps	— 0,02	— 0,04
5	Sudation seule	0,39	0,44
19	Une saignée et fer	6,20	0,73
10	Fer seul	6,18	0,48

Il range donc au premier rang le traitement par une saignée et les ferrugineux et presque sur la même ligne le traitement ferrugineux seul. Les autres modes de traitement restent manifestement inactifs.

C. LUZET.

SAINSBURY. A case of ulcerative endocarditis treated with anti-streptococcic serum : recovery (*The Lancet, 17 oct. 1896*).

Un garçon de 13 ans, commença à se plaindre de douleurs dans la poitrine, le 6 juin 1896. Puis le sommeil disparut, l'état empira, en même temps on constatait de la toux, de la fièvre, puis du délire. Le 22 juin la température était de 39°,6. Au cœur, on notait un thrill marqué; aux poumons, un peu de congestion aux bases; le foie et la rate paraissaient à l'état normal; pas d'albumine dans l'urine. Le 24 juin, délire violent, avec température à 38°,3. Pour la première fois, le 1er juillet, on trouve des streptocoques dans le sang. Le 9 juillet, amélioration marquée de l'état du malade. Le 20, la température s'élève, et jusqu'au 24, reste à 38°,9. La matité cardiaque est augmentée. Le 28, température à 40°,2, avec vomissement, toux et expectoration sanglante. L'état s'aggravant lentement, on injecte, le 17 août, 20 centimètres cubes de sérum antistreptococcique; le 18 août, 10 centimètres cubes, et le 20 août, 20 centimètres cubes. Amélioration marquée. Le 22, on injecte 10 centimètres cubes de sérum, et le 25, encore 10 centimètres cubes. Le 31 août, le patient allait beaucoup mieux : la matité cardiaque était normale, et la pointe battait en dedans du mamelon. Le sang ne contenait plus de streptocoques.

Le 1er septembre, on injecte 10 centimètres cubes de sérum: légère réaction, et température à 38°,9; le lendemain, la température était normale. Le 14 septembre, le patient était considéré comme guéri et quittait l'hôpital. MAUBRAC.

G. DIEBALLA. Therapie der perniciosen progressiven Anämie (*Zeitschr. f. klin. Med., XXXI, p. 47*).

Partant de l'idée que l'anémie pernicieuse progressive dépend surtout de fermentations intestinales, D. a essayé le salol à doses de 5 grammes par jour en 5 fois. Amélioration dès la première semaine. Pourtant cette dose élevée n'est pas sans entraîner quelques accidents (diarrhée, œdèmes des extrémités, albuminurie) qui forcent à la réduire à 3 grammes. Du 28 avril au 30 octobre, le poids passe de 48kg,2 à 60 kilogs. Cinq mois de traitement par les toniques ordinaires n'avaient donné aucun résultat. Le chiffre des globules rouges s'était abaissé de 1120000, chiffre initial, à 500000. Le traitement par le salol les reporta à 4200000. A. F. PLICQUE.

G.-L REICH. Sur l'action du calomel à doses médicamenteuses sur les acides éthéro-sulfuriques des urines, chez les cardiaques asystoliques (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1896*).

1° Le calomel diminue considérablement la quantité des acides éthéro-sulfuriques des urines, pendant et après l'administration des doses médicamenteuses;

2° Dans la majorité des cas, cette diminution est surtout marquée dans la phase post-médicamenteuse;

3° Le rapport de l'acide sulfurique combiné avec l'acide sulfurique total est augmenté, parallèlement à la diminution de la quantité absolue des acides éthéro-sulfuriques qui peuvent dès lors servir pour mesurer la putréfaction intestinale;

4° L'action diurétique du calomel, le plus souvent, a son maximum d'effet le 3e jour de l'administration;

5° Le calomel n'augmente pas la quantité d'urines lorsqu'il y a diarrhée;

6° La diminution du poids chez les cardiaques, sous l'influence du calomel, dépend principalement de la diminution des œdèmes et des épanchements;

7° Le calomel est utile chez les cardiaques, non seulement comme diurétique, mais encore comme antiseptique intestinal. M. FRENKEL.

COLLEVILLE. Des injections sous-cutanées de gaïacol chloroformé (*Gazette hebd. Paris, 31 mai 1896*).

La solution employée est composée de 10 gouttes de chloroforme pour 6 de gaïacol (en poids 8gr,60 et 6gr,76).

Suivant l'âge, l'intensité de la douleur, la susceptibilité du malade, on injecte au point douloureux de 15 à 60 gouttes, en moyenne 30 gouttes; si la zone douloureuse est étendue (sciatique) on peut faire en une séance plusieurs injections espacées.

A la dose de 60 gouttes, les injections sont souvent suivies d'un noyau d'induration qui se dissipe progressivement; pas d'autres complications locales. Les injections de gaïacol chloroformé évitent le danger du morphinisme et sont indiquées de préférence aux frictions, quand les douleurs sont profondes; les frictions au gaïacol, au contraire, trouvent leur indication quand le siège de la douleur est superficiel ou inaccessible à la piqûre. LEFLAIVE.

CRÄMER. Ueber die Behandlung des Ulcus ventriculi..... (Du traitement de l'ulcère de l'estomac par les grosses doses de bismuth) (*Münch. med. Woch. n° 25, p. 587, 23 juin 1896*).

L'auteur rapporte 12 cas traités de la sorte. Dans 9 cas, il y eut une amélioration telle que les douleurs disparurent entièrement. Dans un cas le bismuth améliora les symptômes par trois fois consécutives. Les deux autres cas étaient compliqués de sténose du pylore. L'auteur a donné de 100 à 200 grammes en tout de bismuth, sans observer le moindre symptôme d'intoxication. Ce procédé est d'autant plus commode que le bismuth peut être pris sans introduction de la sonde. C. LUZET.

WITTHAUER. Die Wismuthbehandlung des runders Magengeschwurs (Sur le traitement de l'ulcère rond de l'estomac par le bismuth) (*Therap. Monats., p. 527, oct. 1895*).

W. prescrit 20 grammes de bismuth en une seule fois, le matin à jeun, pendant 10 jours; ensuite une poudre de bicarbonate de soude et de codéine. Les malades tolèrent bien le bismuth; il n'a pas vu d'intoxications. L'alimentation consiste en lait, pain rassis, cakes, biscottes, beurre en grande quantité, soupes épaisses de riz, de gruau, de sagou; puis rapidement de la viande crue finement divisée ou du jambon cru et, à l'occasion, un œuf à la coque. PAUL TISSIER.

E. HUFTER. Sur l'orexine basique (*Therap. Monats.*, *p. 532, oct. 1896*).

On a souvent employé les sels d'orexine; H. a employé l'orexine basique qui est insoluble et sans goût. Dans 30 cas, 20 femmes et 10 hommes, il a constaté (les malades n'étant pas prévenus) 18 fois un résultat positif. La dose fut de 0,30 en cachet, deux par jour ou davantage. PAUL TISSIER.

D'ARSONVAL et CHARRIN. Action des courants de haute fréquence sur l'économie malade (*Soc. de biol.*, *4 juill. 1896*).

Les auteurs ont vu, dans le diabète, grâce à l'emploi de ces courants, les chiffres du sucre se modifier, la dose diminuer d'un tiers, de moitié, la maladie s'améliorer. A. C.

R. ŒSTREICH. Operative Heilung eines Falles von Morbus Addisonii (Guérison opératoire d'un cas de maladie d'Addison) (*Zeitschrift für klin. Med.*, *XXXI*, *p. 123*).

Il s'agit bien dans cette observation d'une ablation de capsule surrénale tuberculeuse. En 8 mois, le poids a passé de 70 livres à 87 livres. Les symptômes généraux, cachexie, faiblesse musculaire, troubles gastro-intestinaux, douleurs stomacales et sacrées se sont beaucoup atténués. Mais la mélanodermie et la pigmentation des muqueuses ont toujours fait défaut. Malgrè la discussion de Œ. pour défendre le diagnostic maladie d'Addison, ce diagnostic reste bien incertain. Il semble bien d'ailleurs que le seul diagnostic fait avant l'intervention ait été tumeur maligne ganglionnaire rétro-péritonéale.

A.-F. PLICQUE.

Luigi FORNACA. Le lactate de strontium dans le traitement des néphrites (*Riforma med.*, *9 juill. 1896*).

Fornaca a employé le lactate de strontium, à la dose de 10 grammes par jour, chez 7 malades atteints de néphrite aiguë ou chronique. Il a pu constater, à l'aide d'analyses d'urine faites quotidiennement, que le médicament n'exerce pas d'influence favorable sur les fonctions des reins; il ne détermine aucune modification de la diurèse, aucune modification de l'albumine et de l'urée éliminées; si, dans les deux cas de néphrite aiguë, une amélioration marquée est survenue, il est à noter que cette amélioration avait commencé à se produire avant l'administration du bromure de strontium. Le lactate de strontium n'a qu'un avantage à son actif, c'est qu'il est bien toléré par les malades.

Fornaca s'est proposé, d'autre part, de rechercher comment se fait l'élimination du médicament. Les recherches auxquelles il s'est livré ont confirmé l'assertion de Laborde, à savoir que l'intestin est la principale voie d'élimination du lactate de strontium quand il a été absorbé par la voie gastrique. Sur 1,36 d'oxyde de strontium (contenus dans 4 grammes de lactate), 1,1 ont été retrouvés en 3 jours dans les fèces du lapin à qui on avait fait absorber la dose de lactate indiquée. Par contre, si le médicament est introduit dans la circulation, chez l'animal, par la voie intra-

veineuse, l'élimination se fait par les urines pour la majeure partie; les reins présentent alors quelques légères altérations.

Chez l'homme qui a absorbé par la bouche un sel de strontium, l'élimination se fait, en majeure partie, par l'intestin (2,60 d'oxyde de strontium retrouvés dans les fèces sur 3,40 introduits). G. LYON.

J. ARTAUD. Quatre années de traitement de la fièvre typhoïde dans un service de l'Hôtel-Dieu (*Lyon méd.*, *18 oct. 1896*).

A. publie la suite de la statistique (voy. *R. S. M.*, XXXI, 499) des cas de fièvre typhoïde traités dans le service de Mollière. Cette série comprend (4 années, de novembre 1887 à novembre 1891) 180 cas avec 8 morts.

1° 164 traités par la méthode de Brand avec 8 décès portant sur des cas extrêmement graves ou compliqués. Parmi les guérisons, à signaler 3 cas avec phénomènes nerveux intenses, coma, signes méningitiques, délire, 4 avec pneumonie ou broncho-pneumonie, 3 avec grossesse sans avortement;

2° 3 cas traités par l'antipyrine (refus de la balnéation), 3 guérisons;

3° 7 cas traités par bains et antipyrine, 4 morts;

4° 4 cas (signes légers) traités par de simples lavements froids et glace sur le ventre;

5° 3 cas traités par l'expectation, tant les phénomènes étaient peu dessinés et la température normale. A. CARTAZ.

M. FUNCK. La sérothérapie de la fièvre typhoïde (*Bruxelles*, *1896*).

Cet intéressant travail commence par un historique détaillé montrant les phases par lesquelles a passé l'étude du bacille typhique et aboutissant à l'éclatante démonstration de sa spécificité, grâce à la méthode de Pfeiffer qui prouve que le pouvoir immunisant du sérum antityphique est spécifique et reste sans effet sur le bactérium coli commun.

La toxine typhique ne diffuse pas dans le bouillon et semble contenue dans le corps même des bacilles, puisque l'injection expérimentale de bacilles morts produit les mêmes effets que l'injection de bacilles vivants, tandis que l'inoculation de bouillons de culture filtrés sur porcelaine reste sans effet.

Le sérum des animaux immunisés contre le bacille typhique est actif pour protéger les animaux contre l'infection typhique, mais non contre l'intoxication.

L'auteur a immunisé une chèvre et un cheval en leur inoculant des doses progressivement croissantes de cultures typhiques stérilisées par l'acide phénique dans la proportion d'1/2 p. 100 et il a obtenu du sérum curatif au titre de 0,001. A l'aide de ce sérum il a vérifié et confirmé les expériences de Pfeiffer démontrant la spécificité du sérum typhique et l'action faiblement immunisante du sérum normal, ainsi que l'activité du sérum de convalescents de fièvre typhoïde. Comme Pfeiffer, il a vu que le sérum antityphique n'était pas plus curatif vis-à-vis des inoculations de bacilles morts que le sérum normal, et que, par conséquent, il n'avait pas

de propriété antitoxique, la toxine typhique étant contenue dans les cadavres des bacilles.

Les expériences de Funck démontrent encore que le sérum spécifique possède des propriétés thérapeutiques manifestes vis-à-vis de l'infection typhique expérimentale. Mais il pense qu'actuellement rien n'autorise à appliquer ce sérum au traitement de la fièvre typhoïde chez l'homme, avant qu'on ait pu lui conférer la propriété antitoxique nécessaire.

H. BOURGES.

L. FRIEDRICH. Tuberculin und Actinomycose (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, *XLIII*, *p. 579*).

L'efficacité des injections sous-cutanées de tuberculine dans le traitement de l'actinomycose a été signalée par Von Eiselsberg qui a vu un malade guérir sous l'influence de ce traitement; les résultats obtenus par d'autres médecins ont été très variables. L'auteur a eu l'occasion de traiter un cas d'actinomycose de la paroi abdominale par les injections sous-cutanées. Des particularités relevées sur le sujet, il en est arrivé aux conclusions suivantes : Il n'est nullement démontré que la tuberculine soit le remède de l'actinomycose. Les guérisons attribuées à l'emploi de la tuberculine s'expliquent peut-être plus par la tendance naturelle de l'actinomycose à la guérison spontanée. L'administration prolongée de tuberculine ne détruit pas le microorganisme spécifique, n'affaiblit même pas sa virulence ni n'augmente la résistance de l'organisme envers le processus actinomycosique. Chez l'homme la tuberculine administrée pendant longtemps, même à dose élevée, provoque une accoutumance qui fait que la réaction générale ne s'observe plus. Chez la malade observée par l'auteur, la réaction fébrile consécutive à l'injection de tuberculine ne peut être attribuée à l'actinomycose, l'autopsie ayant montré chez elle l'existence de foyers tuberculeux. On n'a pas observé, à la suite des injections, de réaction locale, au niveau du foyer d'actinomycose. MARCEL BAUDOUIN.

L. GALLIARD. Pronostic et traitement du noma (*Méd. moderne*, *p. 577*, *12 sept. 1896*).

Galliard recommande l'emploi du thermo-cautère dans les gangrènes buccales et rapporte 2 observations (une de stomatite aphtheuse avec érythème noueux et purpura compliquée de gangrène des joues, et une de gangrène de la langue consécutive à une morsure) dans lesquelles il a obtenu la guérison par ce moyen. GEORGES THIBIERGE.

L. BERGAMASCHI. Nuovo contributo alla terapia del reumatismo poliarticolare (*Il Morgagni*, *p. 623*, *sept. 1896*).

L'auteur, ayant observé les effets favorables sur les manifestations articulaires d'une injection de calomel qu'il avait faite contre une iritis chez un sujet rhumatisant, a eu l'idée d'étendre ce mode de traitement à d'autres cas de rhumatisme articulaire aigu. Il a constaté que dans les cas simples, ce traitement amène en peu de jours la disparition de tous les troubles morbides. Dans les cas de rhumatisme aigu ou subaigu com-

pliqué d'autres affections, spécialement de celles qui lui succèdent habituellement comme l'endocardite ancienne ou récente, il est nécessaire de répéter l'injection. Les endocardites récentes, au cours d'une première attaque de rhumatisme, peuvent disparaître sans laisser aucune trace à la suite du traitement par les injections de calomel.

GEORGES THIBIERGE.

WENTWORTH. Some experimental work on lumbar puncture of the subarachnoid space (*Boston med. surg. Journ., 6 et 13 août 1896*).

Le liquide cérébro-spinal ne contient pas de cellules ; il est parfaitement clair. Dans le cas de méningite, le liquide cérébro-spinal est invariablement trouble lorsqu'on le ponctionne. Le degré du trouble est proportionnel au degré et au caractère de l'exsudat dans les méninges. Le trouble est causé par des cellules. Le caractère des cellules diffère avec la variété de méningite. Après la ponction, de la fibrine se forme dans le liquide en plus ou moins grande quantité. La présence de ces cellules et de cette fibrine est pathognomonique de l'inflammation des méninges. Le trouble est parfois si modéré qu'une minutieuse observation est nécessaire pour le révéler. La ponction lombaire est facile et non dangereuse, faite aseptiquement. Le diagnostic différentiel entre les diverses formes de méningites peut être établi par l'examen microscopique du sédiment, par cultures faites du liquide ou par l'inoculation expérimentale. Cette dernière est le moyen le plus sûr pour décéler la méningite tuberculeuse. Dans le fluide normal, on trouve généralement quelques traces d'albumine ; dans la méningite, le taux de l'albumine s'élève. Dans un cas, le diagnostic d'infection générale par le staphylococcus pyogènes aureus fut fait par des cultures du fluide cérébro-spinal. CART.

E. MANGIANTI. Sulla puntura lombare (*Giornale med. del R. Esercito, juin 1896*).

L'auteur rapporte 13 observations d'affections diverses, principalement des méningites, dans lesquelles a été pratiquée la ponction lombaire à la fois pour éclairer le diagnostic et éventuellement pour amener la décompression. L'opération a été faite de la façon suivante : le malade étant couché horizontalement, les jambes fléchies, le tronc fortement courbé en avant, une aiguille de 2 millimètres de diamètre et de 10 à 12 centimètres de long était plongée entre la 3e et la 4e ou la 5e et la 4e vertèbres lombaires (méthode de Quincke) ou dans l'espace lombo-sacré (méthode de Chipault).

L'auteur a pratiqué 200 ponctions sur le cadavre ; 148 fois seulement il a constaté qu'il avait perforé le sac méningé parce que, quand la tension de la dure-mère est faible, la paroi postérieure du sac méningé se laisse déprimer sans qu'on puisse la perforer. Il est préférable de suivre la voie médiane plutôt que la voie latérale, qui expose à faire sortir l'aiguille par le trou conjugué opposé à celui par lequel elle est entrée, pour peu qu'on exagère l'inclinaison. La possibilité de léser les éléments de la queue de cheval et surtout le fait d'être exposé à ne pas pouvoir pénétrer dans le sac méningé quand il est peu tendu, ou à ne pas voir sortir le liquide si sa pression est faible, font que cette opération n'a qu'une

valeur diagnostique très médiocre ; sa valeur thérapeutique n'est pas moins douteuse. GEORGES THIBIERGE.

LENHARTZ. Ueber den diagnostischen Werth..... (De la valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire) (*Münch. med. Woch.*, *nos 8 et 9, p. 169, et 202, 25 fév. et 3 mars 1896*).

L'auteur conclut que la constatation par ponction lombaire d'une augmentation de quantité et de tension du liquide pathologique n'a de valeur, sauf certaines exceptions, que dans les cas où cette augmentation est importante. C. LUZET.

SCÉMANA DE GIALLOULY. Traitement des tumeurs épithéliales par les injections sous-cutanées (*Thèse de Paris, 1895*).

Après avoir énuméré les différents traitements médicaux et chirurgicaux essayés contre le cancer, et rappelé l'impuissance de chacun d'eux l'auteur examine les résultats obtenus par les injections chimiques (acides acétique, chromique, salicylique, chlorhydrique, chlorure de zinc, etc.), et par les injections de liquides organiques, et conclut :

Qu'aucun cas de guérison n'a été obtenu soit par les injections de liquides chimiques, soit par celles de liquides organiques ; mais que ces injections ont des avantages dans les cas inopérables, comme palliatifs.

Les injections, qui ont donné le meilleur résultat et qui offrent le moins de danger, sont les injections d'alcool. OZENNE.

S. TROMBETTA. Sulla siero-terapia del cancro (*Il Morgagni, p. 54, janv. 1896*).

L'auteur rapporte les essais de sérothérapie anti cancéreuse (injection de sérum de chiens auxquels on avait injecté du suc de cancer mammaire) tentés chez deux malades. Dans le premier cas, cancer récidivé du sein avec adénopathies axillaires, diminution des douleurs, pas de modification de l'état général, peut-être une légère diminution de volume de la tumeur. Dans le deuxième cas, cancer mammaire, d'abord légère diminution de volume de la tumeur, mais la marche de la maladie continue et la malade meurt par cachexie cancéreuse deux mois après le commencement du traitement. GEORGES THIBIERGE.

Eugen HIRSCHFELD. Erysipelas serum in the treatment of cancer (*Australasian med. Gaz.*, *20 mars 1896*).

L'injection de sérum érysipélateux chez des malades atteints de tumeurs malignes produit une réaction caractérisée par une élévation de température, avec augmentation de la fréquence du pouls ; cette réaction est de courte durée.

L'influence sur la tumeur est très nette ; il se produit une métamorphose régressive de la tumeur, commençant par une dégénérescence graisseuse des éléments cellulaires de la tumeur qui semble fondre e dans quelques cas, disparaît complètement.

Le sérum agit plus énergiquement dans le cas de sarcome que dans celui de carcinome, et des sarcomes mélaniques ont disparu sous l'influence de la toxine érysipélateuse.

Parfois, malgré la réaction ordinaire, le sérum ne modifie pas la tumeur; quant à l'érysipèle, il peut être évité par les soins apportés dans la préparation du sérum.

L'injection s'accompagne quelquefois d'accidents, frisson prolongé suivi d'hyperthermie (40°, 40°,3), dyspnée, cyanose, vomissements, palpitations, albuminurie, et dont les causes semblent être : un sérum imparfaitement stérile, l'injection directe dans un vaisseau sanguin, la qualité du sérum, dont les variations ne sont pas encore expliquées.

L'efficacité du traitement par le sérum peut être augmentée, si on le complète ensuite par l'inoculation du coccus érysipélateux lui-même, l'injection de l'antitoxine ayant rendu plus bénigne l'inoculation du coccus.

MAUBRAC.

L. TOUVENAINT. Organothérapie par l'ovaire (*Soc. obst.; Bulletin méd., 18 oct. 1896*).

La médication ovarienne, sous la forme de poudre desséchée d'ovaire de génisse, à la dose de 0,25 à 0,35 centigrammes par jour, n'offre pas de dangers. Pour être efficace, le traitement doit être continué plusieurs mois; il est indiqué dans l'aménorrée, la chloro-anémie, les cas de ménopause artificielle, par ablation des organes génitaux, et les accidents de ménopause naturelle. A. C.

HYGIÈNE.

I, — E. von KUSY. Die Entwickelung des œffentlichen Sanitaetswesens in Oesterreich von 1883-1893 (*Hyg. Rundsch., V, n° 12, p. 582*).

II, — M. HARSU. Medicinisches aus Rumänien (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, XXV, n° 22, p. 729*).

III. — Das zteilich verschieden haüfige Auftreten d. Infektionskrankheiten (*Hyg. Rundsch., V, p. 867*).

IV. — J. KÖRÖSI. Statistik der infectiösen Erkrankungen (*Berlin, 1894*).

I. — Tous les pays de la Cisleithanie, sauf le Salzbourg, la Silésie Goritz et Gradisca ont organisé législativement le service d'hygiène communal prescrit par la loi du 30 avril 1870.

L'Autriche cisleithanienne possède 190 hôpitaux avec 25,379 lits, soit un lit par 900 habitants, 1,722 hospices avec 42,587 lits; 29 asiles d'aliénés avec 9,459 lits et 170 orphelinats et asiles de l'enfance.

Le nombre des étuves à vapeur est de 1,338.

II. — La population des campagnes de la Roumanie est dans des conditions sanitaires très tristes, bien que depuis 1886 des améliorations considérables aient été réalisées. Le goitre est fréquent dans les montagnes. La pellagre est très répandue parmi les paysans roumains qui se nourrissent surtout avec le *mamaliga*, pain de farine de maïs.

Les maladies des yeux sont aussi fort communes, principalement la conjonctivite granuleuse.

L'alcoolisme est également très fréquent. Les deux principales boissons enivrantes sont, suivant les lieux, le *tzuica*, eau-de-vie de prune, rarement pure, et le *basamac*, mélange d'eau et d'alcool, renfermant de grandes quantités d'acide sulfurique et d'acétate de plomb.

III. — On trouvera dans ce travail l'indication des périodes de maximum et minimum de fréquence des principales maladies éruptives ou contagieuses (variole, rougeole, scarlatine, diphtérie, etc.) en Autriche, Bavière et Italie.

IV. — Etude statistique des maladies infectieuses à Budapest dans la période décennale 1881-91.

La variole tend à disparaître, la loi de 1887 ayant rendu la vaccine obligatoire.

Relativement au taux de mortalité, entre 52 villes d'Europe, Budapest occupe le 48e rang avec le chiffre de 31, 1 par dix mille habitants. J. B.

I. — KNAUFF. Ueber die hygienischen Zustände einer russischen Gouvernements-Hauptstadt (*Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 11*, *p. 531*).

II. — WILKE. Das Wandergewerbe in Russland (*Ibid.*, *n° 12*, *p. 541*).

III. — Mme-J. PROKOWSKY. Die Wohnungen der Petersburger Arbeiter (*Journ. de la Soc. russe pour le maintien de la santé du peuple*, *1895*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 17*, *p. 818*).

I. — Saratow est une ville de 120,000 habitants. Son climat est continental, et un écart de 66 degrés sépare les températures extrêmes. Les pluies y sont très rares (36 centimètres par an). La nappe aquifère est au moins à 4 mètres de profondeur. La densité de la population est très peu considérable, car, dans le centre, on ne compte que 130 habitants par hectare.

L'eau potable est celle du Volga, filtrée sur du sable.

Les fosses d'aisances sont en bois, et c'est le sol qui se charge d'absorber toutes les eaux ménagères dont le déversement dans les rues est interdit, et 80 0/0 des excréments. Les tuyaux d'évent, au lieu de déboucher sur le toit, sont partout ventilés par les tuyaux de fumée. Les vidanges sont rares et faites d'une façon primitive. Le dépotoir, d'un hectare de superficie, est placé au sud, à 2 kilomètres à peine de la ville.

L'éclairage des rues et des maisons est uniquement au pétrole.

Saratow possède un bain populaire mal installé et un asile de nuit payant. Quant aux égouts, Knauff a été appelé pour dresser un projet avec champs d'épuration. Ce sera le tout à l'égout à l'exclusion des eaux pluviales qui se rendent d'elles-mêmes au Volga, sans causer d'inonda-

tions, grâce à la forte pente des rues; mais ce projet ne comprend pas la canalisation des faubourgs séparés de la ville par des ravins profonds et étroits, bâtis sans aucun ordre et habités par une nombreuse population misérable.

La fièvre typhoïde, la diphtérie, la scarlatine, la variole et les fièvres paludéennes sont endémiques. Le choléra de 1892, en 2 mois et demi, a atteint 4,212 personnes et causé 2,210 décès. Le peuple a attribué la diffusion de cette épidémie aux médecins dont les maisons ont été assiégées, ainsi que les pharmacies, et saccagées. La mortalité générale à Saratow oscille entre 38 et 44 pour mille.

II. — Chaque année, des milliers de paysans russes quittent leurs villages, laissant le soin de cultiver leurs terres à leur famille et émigrent dans les villes où ils vont travailler comme manœuvres, artisans, ouvriers de fabriques, domestiques, maçons, etc., ou bien, comme colporteurs, parcourent les campagnes, ou enfin vont s'engager au loin, comme bûcherons ou ouvriers agricoles. Dans certains gouvernements, c'est la moitié de la population masculine qui part ainsi! L'époque et la durée de cette émigration varient suivant les professions, d'où de grandes diversités suivant les régions. Ces émigrations contribuent beaucoup à la propagation des maladies infectieuses (typhus, choléra, trachome) et vénériennes. Elles ont, en outre, une influence directe sur le mouvement des naissances et indirecte sur la mortalité du premier âge. Contrairement à tout le reste de l'Europe, la Russie a le maximum de natalité en été et le minimum au printemps. D'autre part, les enfants qui naissent l'été résistent moins bien à la chaleur (diarrhée) et sont moins bien soignés à cause des travaux agricoles; aussi succombent-ils en plus grand nombre que ceux nés en hiver. Ainsi s'expliquent les énormes différences que présente la mortalité infantile dans les différents gouvernements russes. Dans la Russie septentrionale, les gouvernements du centre et de Moscou, le district de Volga, cette mortalité atteint 30,5 0/0; dans les gouvernements du Sud-Ouest, dans la Petite-Russie et la Nouvelle-Russie, elle n'est que de 17 0/0; enfin, dans les gouvernements occidentaux, qui comptent le moins d'émigrants, elle s'abaisse à 15,4 0/0.

III. — A Saint-Pétersbourg, il est rare qu'une famille d'ouvriers ait un logement qui lui soit absolument propre; 2 fois sur 30 seulement c'était le cas, tandis que 12 fois des gens complètement étrangers les uns aux autres, habitaient dans la même chambre. Les logements ouvriers sont répartis depuis le sous-sol jusqu'aux combles. Une même pièce peut être occupée par un nombre variable de 2 à 10, le plus souvent par 4 personnes. L'espace cubique de ces logements oscilllait entre $1^{mc},48$ et $236^{mc},13$. 18 fois le cube disponible par personne était inférieur à 9,26. La hauteur des pièces en sous-sol et sous les combles était de $2^{m},134$ ou moindre.

Très souvent les corridors et vestibules étaient habités. 21 logements possédaient une distribution d'eau et 21 des water-closets, dont 3 communs. Le prix pour une portion de chambre variait, suivant le nombre des habitants, entre 1 et 4 roubles. Le gain mensuel de ces ouvriers oscillait entre 18 et 40 roubles.

60,000 habitants de Saint-Pétersbourg habitent des pièces souterraines

humides, souvent inondées et ne cubant que de 5 à 10 mètres, parfois même seulement $1^{m},8$. J. B.

I. — **SCHAPER. Krankenhaeuser des In-und Auslandes** (*Berlin. klin. Woch.*, *XXXII*, *p. 685*).

II. — **WALLICH et RUBNER. Referate in der k. wissenschaftl. Deputat. f. d. Medicinalw. betrffd. die Ziele und die Handhabung der Staatsaufsicht über Einrichtung und Betrieb der öffentlichen und der Privat-Krankenanstalten** (*Viertelj. f. gerichtl. Med...*, *3e série*, *XI*, *p. 358*).

III. — **ENGELMANN. Die Heilanstalten des Deutschen Reiches nach den Erhebungen.....** (*Med.-stat. Mittheil. aus d. k. Gesundh.*, *III*, *et Hyg. Rundsch.*, *VI*, *n° 6*, *p. 271*, *15 mars 1896*).

IV. — **RUMPEL, ZIMMERMANN et RUMPF. Die Desinfektionsvorrichtungen..... im Neuem Allgemeinen Krankenhause** (*Jahrb. der Hamburger Staatskrankenanst.*, *III*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *p. 282*).

V. — **IGL. Desinfektionsanlage für Abvässer und Abfallstoffe in Infektionskrankenhaus der Stadt Brünn** (*Ibid.*, *p. 329*).

VI. — **O. DU MESNIL. Les bains-douches à l'asile national de Vincennes** (*Annales d'hyg. publ.*, *janv. 1896*).

VII. — **MENDELSOHN. Geräthschaften der Krankenpflege** (*Berlin. klin. Woch.*, *p. 307*, *6 avril 1896*).

I. — Les plus anciens hôpitaux connus, dont les conditions hygiéniques étaient réputées au loin, sont ceux qui se trouvaient dans l'île de Ceylan, 500 ans avant notre ère. Tandis que l'antiquité était guidée dans ses constructions hospitalières par des considérations sanitaires, au moyen âge on ne trouve plus que des prescriptions ecclésiastiques. Schaper a visité un certain nombre d'hôpitaux, tant en Allemagne qu'à l'étranger, et en fait la critique. A La Haye, existe un magnifique hôpital avec corridors, pourvu, par le docteur Van Tienhofen, d'appareils de ventilation d'une puissance telle qu'on a renoncé à les faire fonctionner à cause de la vivacité du courant d'air. Le seul hôpital à corridors où S. ait constaté la fraîcheur de l'air, est celui d'Orsola, à Bologne, où tous les angles des parois sont arrondis et où les poèles de chauffage se trouvent dans des pièces attenant aux salles des malades et non dans celles-ci.

Au nouvel hôpital de Montpellier, construit par Tollet, la forme ogivale des salles est défavorable à la ventilation ainsi qu'à l'éclairage. Des salles hautes de 7 mètres et longues de 35 n'ont que 3 orifices de ventilation, placés 2 aux extrémités et l'autre au milieu du sommet de la voûte, de sorte que l'atmosphère est stagnante dans les 15 mètres d'intervalle et que, malgré une propreté exquise, on est frappé en entrant par la mauvaise odeur; en outre, malgré les dimensions des fenêtres en hauteur, les salles sont sombres. De plus, les annexes (cabinets d'aisance, locaux pour le linge sale, etc.), sont trop petites et mal éclairées.

Dans les hôpitaux allemands récents, celui de Hanovre en particulier, les salles d'opérations sont trop distantes de celles des malades.

II. — Le comité supérieur prussien des affaires médicales a été chargé de fixer les règles qui doivent guider les fonctionnaires médicaux dans

les avis qu'ils ont à donner et la surveillance qu'ils doivent exercer sur l'édification, l'installation et la direction des établissements hospitaliers tant publics que privés. Sont passés successivement en revue les conditions d'emplacement, le mode de construction, le nombre de lits (8 à 1,400), le cube d'air, l'eau potable, le départ des eaux sales, l'éclairage, le chauffage, les services généraux, les annexes, le régime alimentaire et le recrutement du personnel, tour à tour dans les hôpitaux généraux de diverse importance et dans les hôpitaux spéciaux.

Relativement à l'eau, la quantité quotidienne par tête en est fixée à 300 litres et il ne doit pas y avoir de double canalisation, c'est-à-dire que l'eau pour les usages domestiques doit être la même que celle pour la boisson. Les puits devront être à 6 mètres de toute cause d'infection. La distance réciproque entre les différents pavillons doit être 2,2 fois aussi grande que la hauteur des bâtiments et les salons de réunion devront représenter au moins les 15 0/0 de la capacité des salles de malades. Le style à corridors n'est admissible que pour les hôpitaux ophthalmiques et pour les maternités. Dans les hôpitaux pour contagieux, où l'on est obligé de garder plus longtemps les convalescents, les salons de réunion doivent former comme capacité le quart des salles.

III. — En 1891, il existait, en Allemagne 3,121 établissements hospitaliers dont 2,562 hôpitaux généraux. Il y avait en outre 278 asiles d'aliénés, 127 d'aveugles et 115 d'accouchements. Les hôpitaux généraux possédaient 122,213 lits. La durée moyenne de séjour par malade a été de 32 jours 3 et chaque lit a été utilisé, en moyenne annuelle, par 6,6 malades. Les malades du sexe masculin formaient les 63,3 0/0 ; les âges compris entre 15 et 60 ans entraient pour 79,5 0/0 dans le total ; ceux au-dessous de 15 ans, pour 12,2 et ceux au-dessus de 60 ans pour 8,3 0/0. La mortalité générale a été de 7,4 0/0. Les affections de la période de développement, au nombre de 36,673 cas, ont eu une mortalité de 27 0/0 ; les maladies infectieuses et générales, dans les 3 années de 1889 à 1891, ont fourni 533,333 cas dont 43,219 de diphtérie avec une mortalité de plus de 25 0/0 ; les maladies vénériennes constituent un cinquième de la totalité des cas. La mortalité par fièvre typhoïde a été de 12,5 et celle par fièvre gastrique, de 1,4 0/0. Le typhus se recrute surtout parmi les populations de langue slave, Prusse occidentale, Posen et Silésie. Les 121 cas de fièvre à rechutes proviennent pour les deux tiers de Posen et de Bavière. Il y a eu 253 cas de méningite épidémique et 273 coups de chaleur, dont 109 en Bavière. La fièvre intermittente est en augmentation ; le chiffre des cas s'en est élevé de 1,245 en 1889, à 1,523 en 1891 ; néanmoins, il y a encore diminution comparativement aux périodes antérieures. Les deux épidémies de grippe de 1889 et de 1891 ont fourni 69,599 cas dont 490 mortels. La tuberculose s'est chiffrée par 110,493 cas dont 40,124 décès (36,3 0/0) ; elle règne principalement à l'Est, au Sud et dans l'intérieur de l'Allemagne.

Les blessures, dans les 3 années 1889-1891, comptent pour 139,1 ; 131,9, et 133,3 sur 1,000 malades, avec une mortalité de 25,8, 26,5 et 24,7 p. 1,000. Relativement aux années précédentes, le nombre des blessures a augmenté, mais leur mortalité a diminué.

IV. — Le pavillon de désinfection du nouvel hôpital de Hambourg contient dans ses combles un atelier de tapissier. Le rez-de-chaussée est

divisé en deux par un mur longitudinal dans lequel sont encastrés les appareils à désinfection de manière à réaliser la séparation complète des objets souillés et des assainis. Une cloison transversale isole de la grande salle renfermant les 3 étuves une pièce destinée à la désinfection du linge qui séjourne d'abord dans des cuves à trempage avant d'être transporté dans les cuviers à lessive. Ces cuviers ont un couvercle bipartite permettant de placer d'un côté de la muraille le linge sale dans le cuvier et de l'en extraire, après ébullition, de l'autre côté ; un dispositif empêche qu'on soulève simultanément les deux moitiés du couvercle. Le rez-de-chaussée contient, en outre, un vestiaire et des bains pour le personnel.

Le pavillon des affections contagieuses possède une installation spéciale pour désinfecter ses eaux d'égouts. Elle se compose de 4 fosses cylindriques contenant chacune 5,200 litres et placées aux quatre angles d'une salle carrée. Les eaux sales, dont la quantité par 24 heures, lorsque le pavillon est complètement occupé, est évaluée à 41,600 litres, sont amenées par deux conduites qui s'unissent à angle droit au-dessous du bâtiment, et sont reliées par de courts branchements avec chacune des fosses. Ces fosses peuvent être closes par un cône en fonte creux. Trois fosses sont mises simultanément en service. Une fois pleines, on les ferme et la quatrième reçoit dès lors la totalité du contenu des deux conduites d'égout. Pendant ce temps, on introduit dans les trois fosses pleines, à travers le cône creux qui les couvre, du lait de chaux qui est mêlé à leur contenu par un agitateur; au bout de 2 heures, le contenu désinfecté est évacué dans l'égout de départ.

V. — L'hôpital pour contagieux de Brünn, construit en 1887 pour 120 malades, est placé sur une hauteur, en rase campagne. Au lieu de le relier, à grands frais, au réseau d'égouts de la ville, on a préféré désinfecter sur place ses eaux sales et les excréments des malades, après quoi on achève l'épuration des eaux en les répandant sur des terres. Ce système fonctionne parfaitement depuis le commencement de 1891. Les eaux sales, comprenant celles des baignoires et celles de lavage du linge, préalablement désinfecté par la vapeur, sont réunies dans une citerne, puis pompées dans un réservoir des combles placé à 10 mètres au-dessus de la chaudière à laquelle il est relié par deux tuyaux. Par l'un de ces tuyaux, l'eau froide descend dans la chaudière, tandis que l'autre laisse monter l'eau chaude dans le réservoir, établissant ainsi une circulation continue. Les eaux sales, portées à la température de plus de 100°, sont conduites d'abord du réservoir dans des corps de chauffe pour servir à élever la température de l'air destiné au séchoir du linge blanchi et pour chauffer les pavillons de malades, puis, réchauffées à 100°, elles sont envoyées sur les terrains d'irrigation.

Quant aux matières fécales, elles sont, additionnées de tourbe pulvérisée, soumises, pendant un quart d'heure ou une demi-heure, à une dessiccation préalable par les gaz de combustion de la chaudière et entraînées ensuite sur la grille du foyer, où elles sont brûlées, tandis que les vapeurs provenant de leur dessiccation sont évacuées par la cheminée.

VI. — Du Mesnil décrit les bains par aspersion qu'il a fait installer à l'asile des convalescents de Vincennes et qui sont, d'après lui, ce qui existe de plus complet dans ce genre. Sept cabines de douches sont

groupées au centre d'une salle de plus de 4 mètres de hauteur, d'où les buées sont évacuées par des lanterneaux placés à la partie supérieure et qui est maintenue à une température de 18° par un chauffage à la vapeur. Chaque cabine est divisée en deux : une partie destinée à se déshabiller, à parois de pin verni, est munie d'un banc et d'un porte-manteau; fermée sur le passage, par un rideau, elle est séparée de la partie où est la douche par une porte à coulisse en tôle galvanisée. La cabine de bain est fermée sur les quatre faces par des cloisons en opaline encadrées dans des châssis en fer galvanisé. Les cloisons sont de hauteur suffisante pour que le baigneur ne soit pas vu de ses voisins, tout en étant disposées de façon que ses pieds et sa tête demeurent visibles pour le surveillant. Au-dessous de la douche, le sol est déprimé en cuvette pour servir de bain de pieds et il est recouvert d'une claie en bois. Chacun se douche soi-même à l'aide d'une chaîne de tirage, avec 10-15 litres d'eau tiède qui continue à couler quand on lâche la chaîne, de manière à avoir les mains libres pour se nettoyer. Dès la première année, 3,494 convalescents ont profité de ces bains.

VII. — Mendelsohn a imaginé des vases pour conserver chauds aliments et boissons pendant 6 à 8 heures. Ces vases sont à doubles parois; dans l'entre-deux, on place de l'acétate de soude et on les immerge quelques minutes dans l'eau bouillante pour faire fondre le sel. J. B.

I. — A. EBER. Ueber Tuberkulinimpfungen grösserer Rinderbestände zum Zwecke der Erkennung und rationnellen Bekämpfung der Tuberkulose (*Deutsche Zeitsch. f. Thiermed.*, *XXI*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *p. 565*).

II. — GUTMANN. Das Tuberkulin als diagnostiches Mittel (*Monatsh. f. prakt. Thierheilk.*, *VI*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *p. 855*).

III. — Tuberculose bovine et tuberculine (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, *XVIII*, *p. 274*, *mars 1896*).

IV et V. — Rapports officiels sur le service sanitaire vétérinaire dans les Pays-Bas (*Mouvem. hygiénique*, *XI*, *p. 435*, *et XII*, *p. 205*).

VI. — Ed. NOCARD. Les tuberculoses animales (*Paris*, *1895*).

VII. — ARONSON. Experimentell erzeugte Phthise bei einer Ziege (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 6*, *p. 130*, *10 fév. 1896*).

VIII. — EBERLEIN. Die Tuberkulose der Papageien (*Monats. f. prakt. Thierheilk.*, *V*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *p. 257*).

I. — Sur 174 bovidés inoculés, 136 (78,2 0/0) ont offert la réaction typique à la suite de l'injection de tuberculine, 6 (3,4 0/0) une réaction douteuse et 32 aucune réaction. 69 seulement de ces bêtes étaient soupçonnées d'être tuberculeuses; parmi elles, 55 réagirent nettement, 4 d'une manière douteuse, et 10 pas du tout. Des animaux ayant présenté la réaction nette, 22 ont été sacrifiés et trouvés tuberculeux; des animaux n'ayant pas réagi, les 3 abattus ont été trouvés sains; enfin, des 3 sacrifiés de ceux n'ayant donné qu'une réaction douteuse, 2 seulement étaient tuberculeux. Eber conclut que, si le manque d'une certitude absolue met obstacle à l'emploi de la tuberculine dans les cas isolés et délicats d'ex-

reptise de police sanitaire, il n'a aucune importance pour la pratique des inoculations dans l'élevage.

Parmi les têtes de jeune bétail (bovidés de 6 mois à 2 ans), dans un domaine, 66 0/0, et dans un autre, 75 0/0, étaient déjà tuberculeuses, bien qu'on eût enlevé les veaux à leurs mères dès l'âge de deux ou trois semaines pour les placer dans une autre étable.

Sur les 74 vaches tuberculeuses, 10 avaient de l'hypertrophie des ganglions du pis. Parmi celles âgées de moins de 6 ans, on en comptait 10 0/0 en plus de malades que parmi les vaches plus âgées, indice que la cohabitation n'est pas la seule ou la plus importante cause d'infection. Eber a tenté d'utiliser le sérum d'animaux tuberculeux pour déceler la tuberculose. Les 13 bêtes injectées n'ont présenté aucune élévation de température, quoique la plupart d'entre elles eussent réagi avec la tuberculine et que la majorité fût certainement tuberculeuse.

II. — Gutmann a fait l'autopsie de 93 bovidés inoculés avec 3 décigrammes de tuberculine. Sur les 26 qui avaient offert la réaction, un seul n'était pas tuberculeux ; sur les 65 qui n'avaient pas réagi, 63 étaient sains, tandis que les 2 autres présentaient de vastes cavernes et de nombreux foyers tuberculeux dans les poumons. G. explique la non-réaction de ces derniers par l'accoutumance de leur corps à la tuberculine qu'il produisait lui-même incessamment, et est d'avis que la dose de 3 décigrammes est ordinairement suffisante ; il convient de la doubler quand il existe des signes de tuberculose intense.

Dans une même ferme, il a inoculé en 4 années successives 486 vaches, dont 61,9 0/0 réagirent après 1 ou 2 injections. Les animaux sains furent séparés des autres et placés dans des étables soigneusement désinfectées. Les veaux nés de vaches malades après cette séparation furent, dès le 2e jour, placés avec les animaux sains et nourris avec leur lait cru. Sur les 67 veaux de la première année, 38,8 0/0 réagirent à la suite de l'inoculation de tuberculine, et 2,98 0/0 donnèrent un résultat douteux. Des 109 veaux de l'année suivante, 9,17 0/0 seulement réagirent et 9,17 0/0 fournirent un résultat douteux. Enfin, dans la 3e année, les inoculations des veaux furent positives pour 8,98 0/0 et douteuses pour 5,12. Pour l'un des veaux qui réagirent, le père seul était tuberculeux.

III. — Un décret du 14 mars 1896 soumet à l'épreuve de la tuberculine les bovidés importés en France. Ceux qui présenteront la réaction caractéristique seront refoulés après avoir été marqués ou seront immédiatement abattus sur place. Sont exemptés de l'épreuve les animaux déclarés pour la boucherie avec lieu de destination spécifié et possédant un abattoir public.

IV et V.

		Proportion de bêtes tuberculeuses.		
		1892	1893	1894
Abattoir de Rotterdam...	Bovidés.....	3 0/0	3 0/0	3,2 0/0
	Veaux.....	—	—	0,13
	Porcs.....	0,4	0,5	0,8
Abattoir d'Amsterdam...	Bovidés.....	—	5,2	6
	Veaux...?.....	—	0,098	0,10
	Porcs....	—	1,15	1,7

Les cas de rage canine en Hollande étaient de 19 en 1893 et de 13 en 1894.

VI. — Écrit avec clarté, ce petit volume sur les tuberculoses animales en expose les lésions, les symptômes, le diagnostic expérimental, l'étiologie et la pathogénie ; puis Nocard montre l'identité de la tuberculose de l'homme et de celle des animaux et après avoir étudié les produits virulents (viande, lait, vaccin), passe à la prophylaxie et au traitement. Après la tuberculose bovine, qui occupe comme de juste la majeure partie du livre, viennent celles du porc, du cheval, des petits ruminants (mouton et chèvre), des carnassiers domestiques (chien et chat), des oiseaux.

VII. — Aronson pense être arrivé le premier à provoquer chez une chèvre les lésions de la phtisie pulmonaire par l'injection sous-cutanée de bacilles tuberculeux. Cet animal était tenu en observation depuis 2 ans, car il avait servi à différentes expériences. Il lui avait d'abord conféré l'immunité contre la diphtérie, puis l'avait soumis à l'action de la tuberculine à doses croissantes, de 2 à 50 centimètres cubes, sans déterminer jamais aucune réaction. Le 19 octobre 1894, une première injection sous-cutanée d'une culture pure de bacilles tuberculeux à la dose de 30 centimètres cubes; puis injections de 50, 100 et 150 centimètres cubes ; enfin, le 26 avril 1895, de 200 centimètres cubes. On nota, dès lors, une diminution de poids et de la fièvre vespérale. Le 3 juillet, saignée, suivie d'aggravation manifeste : toux, émaciation rapide, peu d'appétit et mort le 14 août. A l'autopsie, plusieurs cavernes, dont la plus volumineuse occupait le lobe supérieur du poumon ; foyers de pneumonie caséeuse et tubercules miliaires. Dans les cavernes, abondants grumeaux constitués par des cultures pures de bacilles tuberculeux. Caséification des ganglions bronchiques et mésentériques. Quelques tubercules sur la plèvre et le péritoine.

VIII. — A la clinique pour animaux de Berlin, 36,6 0/0 des perroquets sont reçus pour tuberculose. Ils ont été infectés directement par l'homme, car, comme ils vivent isolément, la contagion d'animal à animal se trouve presque exclue. Le mode d'infection est triple : 1° par la muqueuse respiratoire, ce qui semble être le plus commun, à en juger par la constance des altérations pulmonaires à l'autopsie ; 2° par l'appareil digestif, ce qui est beaucoup moins fréquent que chez le chien et le chat, mais cependant se présente, vu l'habitude d'offrir aux perroquets des bouchées mastiquées et de les baiser; la tuberculose linguale isolée n'est pas rare chez eux ; 3° par la peau ; celle de la tête est souvent la voie de pénétration du virus, grâce à l'habitude de ces bêtes de se frotter et nettoyer la tête et le bec contre leur perchoir ou les grilles de leur cage ; par la même raison, la conjonctive est assez souvent aussi le siège primitif de l'infection.

La marche de l'affection est toujours chronique. Son anatomie pathologique est identique à celle de la tuberculose des gallinacées. Les productions cornées de la peau sont composées généralement du tissu de granulations proprement dit qui renferme fréquemment de petits tubercules jaunes, ainsi que beaucoup de bacilles tuberculeux, et des masses cornées qui le coiffent; ces lésions cutanées peuvent s'ulcérer à la suite des frottements. Contrairement à la tuberculose de l'homme et des mammifères, celle du perroquet est externe dans la majorité des cas ; la tuberculose générale sans affection cutanée (29 cas sur 56) est rare. Les symptômes de la tuberculose générale sont peu caractéristiques : amaigrissement,

plumes rebroussées, écoulements nasal et oculaire, diarrhée, vomissements, faiblesse et phénomènes paralytiques. J. B.

I. — J. DREIFUSS. Ueber die Wohnungsdichte in Elsass-Lothringen (*Arch. f. öff. Gesundh. in Els.-Lothr.*, *XVI*, *et Hyg. Rundsch.*, *VI*, *p. 261*, *15 mars 1896*).

II. — Karl von MANGOLDT. Aus zwei deutschen Kleinstädten (*Hyg. Rundsch.*, *V*, *p. 482*).

III. — GUTTSTADT. Billige Familienwohnungen in Ostheim (*Ibidem*, *VI*, *p. 230*).

IV-VI. — GROOTHOFF, STAHL et F.-P. SCHMIDT. Praktische Erfahrungen in der Arbeiterwohnungsfrage (*Ibidem*, *p. 627*).

VII. — Die Wohnungsverhaeltnisse in Wien..... (*Ibidem*, *p. 497*).

I. — Le nombre moyen d'habitants par maison dans l'Alsace-Lorraine, considérée en bloc, est de 6,29, ainsi que dans la Basse-Alsace, tandis qu'il est de 6,8 dans la Haute-Alsace et de 5,7 en Lorraine. Si l'on défalque les grandes villes, lieux de fabriques et de garnisons, la densité tombe à 5,17 pour l'ensemble du pays et pour la Basse-Alsace, à 5,69 pour la Haute-Alsace et à 4,87 pour la Lorraine.

Metz et Strasbourg ont la densité la plus considérable : 20,03 et 17,91; Mulhouse, malgré son industrie florissante et ses 76,892 habitants, n'a que 13,76 habitants par maison. Dans les villes d'Allemagne comptant plus de 50,000 habitants, la densité de population par maison est de 22, à Berlin de 56,2, tandis qu'à Londres elle n'est que de 7,7.

II. — Von Mangoldt s'est livré à une enquête sur l'état des logements de la classe ouvrière dans deux petites villes, Mersebourg (18,000 hab.) et Weissenfels (25,000). Dans l'une et l'autre, la plupart de ces logements laissent à désirer, tant au point de vue de l'état des constructions que de l'encombrement. M. a mesuré la hauteur des pièces dans 67 maisons de Mersebourg bâties il y a plus de 15 ans : dans 14, cette hauteur oscillait entre $2^{m},50$ et $2^{m},95$; dans 3, elle était supérieure, tandis que dans les trois derniers quarts, elle était inférieure à $2^{m},50$ et même à 2 mètres dans 2. L'état de choses est le même à Weissenfels. Dans les deux villes, c'est l'exception qu'il n'y ait qu'une personne par lit : un tiers au plus des ouvriers sont dans ce cas. Les deux tiers des lieux de couchage sont insuffisants ; plus de la moitié d'entre eux sont plutôt des niches à chiens. L'espace cubique moyen est de $6^{m},7$ à Mersebourg et de 7 à Weissenfels. En général, toute la famille dort dans une seule petite chambre, sans souci de la santé et de la moralité, plutôt que de se répartir dans les autres pièces plus spacieuses. A Weissenfels, une très grande partie de la jeunesse ouvrière a déjà des relations sexuelles à 15 ans. A Weissenfels, les ouvriers en fourrures, dont le travail est pénible, ne gagnent que 62 fr. 50 par mois.

III. — La Société pour le bien des classes laborieuses a acquis à l'est, au sud et à l'ouest de Stuttgart, de vastes terrains et a construit en 1891, sur ses terrains de l'est (Ostheim), une première colonie comprenant 3,200 personnes, dont 367 ouvriers, 74 journaliers, 43 petits employés, 42 blanchisseuses, couturières, etc. Elle est formée de petites maisons à deux étages, renfermant 2 ou 3 logements, ayant chacun un jardin,

une distribution d'eau et de vastes dépendances. Les habitants peuvent en faire l'acquisition au prix coûtant, à l'aide de versements trimestriels de 25 marcs ; dès qu'ils ont versé le tiers de la somme, le titre de propriété leur est transmis. Dans le but de prévenir la spéculation, il faut l'autorisation de la Société pour pouvoir construire sur le jardin ou élever d'un étage la maison. En outre, la Société s'est réservé le droit de préemption au prix originel pour les cas où une maison serait aliénée à des tiers. Enfin, elle a conservé la possession des maisons d'angle, qui sont plus considérables et dans lesquelles elle a installé des boulangeries, des boucheries et des restaurants.

IV. — La Société de construction et d'épargne de Hambourg, fondée en 1892, se compose déjà de plus de 450 membres, la plupart ouvriers. Elle a bâti à Eilbeck 4 grandes maisons. Les fonds nécessaires (152,500 francs), lui ont été prêtés à faible intérêt. Les loyers varient, suivant la grandeur du logement, entre 327 fr. 50 et 375 francs, chiffres bien inférieurs à la moyenne des logements similaires dans la localité, et cependant le capital engagé rapporte 6 1/2 0/0. Les locataires appartiennent à la partie relativement aisée de la classe ouvrière et doivent acquérir une part de la Société fixée à 250 francs, ce qui peut se faire par des payements hebdomadaires de 40 centimes. Chaque logement possède un balcon servant en particulier à étaler la literie pour l'aérer.

V. — A Altona, existe une Société semblable, dont les parts, exclusivement entre les mains des locataires, sont de 375 francs. Dès l'année même de sa création (1892), elle a bâti 3 maisons de 4 étages avec 24 logements, avec de l'argent emprunté. Le prix du loyer oscille entre 244 francs et 262 fr. 50, assurant aux fonds d'établissement un revenu de 5,3 0/0. Les logements du rez-de-chaussée ont une cave, ceux des étages un grenier et ils disposent en commun d'un séchoir et d'une cour.

VI. — La Société d'épargne et de construction de Wilhelmsbourg, près Hambourg, construit pour ses membres de petites maisons séparées, dont ils peuvent se rendre acquéreurs au moyen d'acomptes échelonnés ; la maison devient leur propriété au bout de 5 ans, quand les acomptes atteignent le tiers du prix d'achat. Le prix des loyers est de 285 à 375 fr., ce qui rémunère l'argent dépensé au taux de 6 0/0.

VII. — Vienne offre des conditions de logement des plus insalubres. En 1890, 90,000 individus se trouvaient dans des logements encombrés, c'est-à-dire dans lesquels chaque pièce était occupée au moins par 4 personnes. 31,149 logements avec 64,624 habitants n'étaient composés que d'une pièce unique ; 28,469 avec 76,330 habitants n'avaient pas de cuisine; 93,091 personnes partageaient un logement, comme sous-locataires; enfin, 86,413 en étaient les hôtes seulement pour le couchage. J. B.

I. — L.-R. RÉGNIER. Installations sanitaires des grands lycées de Paris (*Revue d'hyg., XVII, p. 605*).

II. — K. SCHUBERT. Das Ehrlich'sche Stift in Dresden..... (*Zeitschr. f. Schulgsdhp. VIII, et Hyg. Rundsch., V, p. 1045*).

III. — Discussion sur l'hygiène des constructions scolaires à la Société de médecine publique (*Revue d'hyg., XVII, p. 414*).

IV. — J. TALAYRACH. Du système de chauffage à air chaud dans les écoles primaires de la Suède (*Ibidem, XVIII, n° 7, juill. 1896*).

V. — M.-J.-A. DARGELOS. Éclairage artificiel des salles d'étude à l'aide de la lumière diffuse (*Annales d'hyg. publ., 3e série, XXXV, p. 105, août 1896*).

VI. — WURM. Demonstration eines neuen Kinderpultes (*Hyg. Rundsch., V, p. 729*).

VII. — P. SCHUBERT. Die Steilschrift während der letzten fünf Jahre (*Zeitschr. f. Schulgsdhpfl., VIII, et Hyg. Rundsch., V, p. 1043*).

VIII. — H. BITTER. Generalbericht..... (*Hyg. Rundsch., V, p. 293*).

IX. — Bericht über die..... Gesundheitsanstalten in Nürnberg (*Ibidem, VI, p. 283, 15 mars 1896*).

X. — H. GUTZMANN. Die Gesundheitspflege der Sprache in den öffentlichen Schulen (*Ibidem, p. 680, 15 juill. 1896*).

XI. — H. GRIESBACH. Energetik und Hygiene des Nervensystems in der Schule (*Münch., 1895, et Deut. Viertelj. f. öffentl. Gesundh., XXVIII, p. 547*).

XII. — SCHMIDT-MONNARD. Ueber die körperliche Entwickelung der Ferienco-lonie-Kinder (*Berlin. klin. Woch., XXXII, n° 27, p. 593*).

XIII. — ZADEK. Die Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schule (*Hyg. Rundsch., VI, n° 7, p. 317, 1er avril 1896*).

XIV. — Discussion de la Société d'hygiène de Berlin (*Ibidem, n° 8, p. 379, 15 avril 1896*).

XV. — AXENFELD. Ueber eine durch Pneumokokken hervorgerufene Schulepidemie von Conjunctivitis (*Berlin. klin. Woch., n° 6, p. 135, 10 fév. 1896*).

XVI. — LEUCH. Eine sogenannte Chorea-Epidemie in der Schule (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 15, 1er août 1896*).

XVII. — Aug. FOREL. An die Redaction..... (*Ibidem, n° 16, p. 527, 15 août 1896*).

I. — Régnier s'est livré à une vaste enquête sur les installations sanitaires des lycées parisiens.

Dans une série de chapitres, il passe en revue les conditions topographiques de ces établissements, leur organisation intérieure, ventilation, éclairage, chauffage, mobilier, classes, dortoirs, mesures de propreté, (lavabos, bains), réfectoires, latrines, les exercices et les jeux, les salles de gymnastique, d'armes, les manèges, tirs, piscines, cours et préaux couverts, infirmeries etc., etc., en montrant, chemin faisant les améliorations apportées dans les constructions récentes au point de vue du bien-être des élèves et de leur santé.

II. — Le pensionnat (Stift) d'Ehrlich, de Dresde, fondé en 1743, a été récemment transformé selon les exigences de l'hygiène. Il admet 125 garçons et 125 jeunes filles de 10 à 15 ans qui reçoivent l'instruction dans 10 classes où les enfants ont chacun 6 mètres cubes d'espace ; l'éclairage est unilatéral gauche, les bancs-pupitres sont de Lickroth, le chauffage se fait par des poêles ventilateurs à double enveloppe.

Les élèves sont réunis par 12 dans des dortoirs cubant de 20 à 22 mètres par tête, séparés les uns des autres par des lavabos et ayant chacun une salle de jour. La cuisine, vaste, claire, aérée, sert en même temps d'école

culinaire pour les filles les plus âgées qui sont exercées aussi aux travaux manuels : repassage, etc. Les moyens de balnéation comprennent des baignoires, des douches et une piscine. Dans le jardin, chaque élève dispose à son gré d'un carré.

III. — Discussion sur le mémoire de Mangenot (*R. S. M.*, XLVI, 118). *Em. Trélat* est partisan de l'emploi du bois dans les constructions scolaires pour les revêtements intérieurs par de l'éclairage sur une seule face, directement sur le ciel et au nord,

D'Anthonay a visité les appareils de chauffage installés dans une vingtaine d'écoles sur les 520 de Paris, et a demandé leur avis aux directeurs ; 18 sur 20 se sont prononcés contre les systèmes à eau chaude et à vapeur préconisés par la Société et préfèrent les poêles qui sont d'ailleurs beaucoup moins coûteux.

Mangenot, tout en repoussant, dans les latrines, les trous à la turque, reste partisan de la position accroupie comme plus physiologique pour la défécation. Ayant fait une contre-enquête sur les systèmes de chauffage, il est arrivé à des résultats contraires à ceux de d'Anthonay : les calorifères à air chaud comme les poêles sont insuffisants. Dans les écoles chauffées par des calorifères centraux à eau ou vapeur, la température se maintient entre 12 et 15 degrés, ne descendant jamais au-dessous de 10, tandis que dans celles chauffées par des poêles, elle est restée entre 5 et 10 degrés.

IV. — Le système Cederbolm appliqué dans les écoles suédoises ne présente pas les inconvénients qui ont discrédité le système ordinaire de chauffage à l'air chaud : 1° altération de l'air par un chauffage trop intense ; 2° chauffage irrégulier ; 3° ventilation défectueuse, parce qu'elle est subordonnée au chauffage. Comme la ventilation n'est pas moins importante que le chauffage, Cederbolm réalise l'échauffement des locaux par une circulation continue d'air à une température très élevée pendant leur non-occupation et par une distribution abondante d'air modérément chauffé pendant leur occupation.

La dépense est à peu près la même que par le chauffage à vapeur à basse pression. La température, également répartie, est à 17° au début et à 18° à la fin des leçons, la ventilation est de 15 à 20 mètres cubes par enfant.

V. — L'éclairage ordinaire au gaz donnait lieu à des conjonctivites et à de la céphalée sus-orbitaire, parmi les élèves du lycée d'Aix ; ceux qui se trouvaient à côté des becs étaient incommodés par la chaleur et la lumière, tandis que les autres étaient obligés de prendre des attitudes vicieuses pour éviter les ombres ou de se livrer à des efforts exagérés d'accommodation. Dargelos a eu l'idée d'entourer les becs Auer de réflecteurs paraboliques renvoyant la lumière au plafond ; ces réflecteurs sont en cuivre, argenté à leur face supérieure, bronzé à leur face inférieure.

Il faut un bec par 40 mètres cubes d'espace. Ce nouvel éclairage par la lumière diffuse fournit une lumière douce, égale et sans ombres portées.

VI. — Les bancs-pupitres scolaires doivent remplir les conditions suivantes : 1° correspondre à la taille des élèves ; 2° le pupitre doit déborder le banc de 5 centimètres ; 3° la distance verticale du banc au pupitre doit être telle que, dans une attitude droite, les coudes reposent horizontalement sur ce dernier ; 4° les pieds et le dos de l'enfant doivent trouver un

appui convenable ; 5° la tablette du pupitre doit être inclinée pour qu'en écrivant, les yeux ne soient pas obligés de regarder en bas sous un trop grand angle. Le banc-pupitre de Wurm, très ingénieux, répond à des buts multiples. Il peut s'adapter à tous les âges de l'enfance, vu la mobilité de ses différentes parties. Il peut servir pour le traitement de la scoliose au début, grâce à ce que l'on peut élever à volonté l'un ou l'autre des côtés du banc, de façon à constituer le siège oblique de Volkmann. La tablette du pupitre peut s'enlever et se placer sur une table quelconque, auprès de laquelle on roule le banc et la distance négative de 5 centimètres est maintenue néanmoins par les deux tasseaux du pupitre. Il peut servir au travail debout pour les jeunes enfants fatigués d'une trop longue séance assise. On peut même le transformer en fauteuil de la première enfance, en le roulant auprès d'une table et en élevant suffisamment son siège.

Le banc-pupitre de Wurm est formé d'un siège pouvant être relevé de 10 centimètres, de deux montants latéraux, mobiles d'avant en arrière et inversement et d'une tablette de pupitre démontable. Le dossier peut être poussé en avant ou en arrière, de manière à toujours toucher le dos, et il peut s'élever ou s'abaisser ; l'appuie-pieds lui-même peut être élevé jusqu'à 25 centimètres du sol.

VII. — Depuis 5 ans (*R. S. M.*, XL, 527), l'écriture droite est pratiquée dans un assez grand nombre d'écoles en Allemagne, Autriche-Hongrie, Suisse, Danemark, Suède et Norvège, Russie, et elle a fait l'objet de publications soit d'instituteurs, soit de médecins, soit de commissions spéciales. Les instituteurs qui ont donné leur avis comprennent 11 adversaires et 42 partisans de l'écriture droite ; mais parmi les adversaires, il n'y a que O. Janke qui ait quelques expériences personnelles, tandis que parmi les partisans, il en est 30 qui basent leur opinion sur la pratique. Parmi les écrivains médicaux, l'écriture droite ne compte que 3 adversaires, Ahrens, Berlin et Steilwag von Carion, auxquels on peut opposer 28 partisans ; des premiers, aucun n'apporte d'expériences propres qui sont produites en revanche par 22 des seconds. Les rapports des commissions et les mensurations d'écoliers fournissent des résultats encore plus décisifs. Ces commissions, formées de médecins et de pédagogues, ont fonctionné à Munich, Hanovre, Vienne, Buda-Pesth, Bâle, Zurich, Copenhague et Moscou, et des mensurations précises ont été faites à Fürth, Munich, Nuremberg, Wurtzbourg et Zurich.

De toutes, il ressort avec plus ou moins de netteté que les déviations de la tête et des épaules sont plus fréquentes et l'attitude générale en moyenne moins bonne avec l'écriture penchée. Relativement à la prévention de la myopie, les observations sont peu concluantes.

VIII. — Les écoles d'Osnabrück possèdent, dans un espace bien éclairé et chauffé de leur sous-sol, une salle renfermant quatre douches chaudes et froides où chaque classe est baignée hebdomadairement. Le chiffre des baigneurs (facultatifs) s'élève à 80 ou 90 0/0 dans les classes supérieures de garçons ; il est moindre dans les classes inférieures de garçons ainsi que dans les écoles de filles.

IX. — Les écoles communales de Nuremberg ont 7 bains-douches ; en 1894, 7,442 écoliers y ont pris 140,496 douches.

X. — En 1887, on a trouvé, à Berlin, 1,550 bègues parmi les 155,000

élèves des écoles communales, soit une proportion de 1 0/0, qui est sensiblement la même ou légèrement supérieure dans les autres villes allemandes, ainsi qu'en Suisse, Italie, Autriche et aux Etats-Unis; en Russie, Scikorski a constaté 1,57 0/0 de bègues ; seul, Haderup indique pour Copenhague une proportion inférieure à 1 0/0.

La courbe de fréquence du bégaiement offre dans toutes les écoles deux sommets : l'un correspondant aux âges de 7 à 8 ans, suivi d'une déclivité à partir de 9 ans ; l'autre, aux âges de 12 à 14 ans. Comme cause du bégaiement, G. incrimine dans plus de la moitié des cas l'instinct d'imitation. Le bégaiement apparu à la puberté disparaît souvent spontanément ; quant à celui existant dès l'enfance, il est rare qu'il rétrocède de lui-même, vers 14 ou 15 ans, mais ce fait est moins exceptionnel chez les filles que chez les garçons. Tandis que parmi les bègues adultes, on compte 90 hommes pour 10 femmes, soit 9 pour 1, parmi les écoliers bègues se trouvent 66 garçons pour 33 filles, soit 2 pour 1.

Depuis 1888, le père de Gutzmann et lui-même (*R. S. M.*, XLII, 328) ont ouvert des cours fréquentés par plus de 300 instituteurs; à leur tour, ceux-ci ont fait suivre le traitement convenable à 1,400 écoliers atteints de bégaiement ou de balbutiement; ils ont obtenu 72,7 0/0 de guérisons, 23,6 0/0 d'améliorations et 3,7 0/0 d'insuccès. Les enfants doivent être observés un certain temps après leur guérison, pour éviter une récidive.

XI. — Pour mesurer le surmenage des écoliers, G. a eu l'idée d'employer l'esthésiomètre, en se fondant sur ce que la fatigue de l'attention émousse aussi la sensibilité au contact et partant agrandit le diamètre des cercles de sensibilité.

XII. — A Halle, on a remarqué que c'est surtout pendant la septième année de la vie que se traduit l'influence fâcheuse de l'école sur la croissance, spécialement chez les filles. Après trois semaines de séjour dans une colonie de vacances, on note un gain d'un quart quant au poids et à la capacité respiratoire.

XIII et XIV. — Les écoles, surtout les primaires, contribuent considéblement à la diffusion des maladies contagieuses. Les installations scolaires et les dispositions législatives actuelles sont insuffisantes pour remédier au mal. La coopération continue de médecins inspecteurs des écoles est nécessaire. La désinfection de la classe doit être effectuée le jour même où le médecin y a constaté un cas d'affection contagieuse. L'exclusion des frères et sœurs bien portants d'élèves malades est de valeur problématique. La fermeture des écoles doit être autant que possible évitée, particulièrement pour les écoles primaires de grandes villes. Toutes les mesures d'hygière scolaire n'auront qu'une efficacité restreinte, si on ne s'occupe pas du relèvement des classes laborieuses. A la demande de Zadek, la Société d'hygiène de Berlin a adressé aux autorités municipales une résolution constatant la nécessité absolue que les salles d'école soient nettoyées chaque jour par la voie humide.

XV. — Epidémie de conjonctivite à pneumocoques, atteignant vingt-cinq élèves d'une école de Nieder-Weimar sur un total de 94 ; c'est la première décrite en Allemagne.

La plupart des malades avaient, avant et simultanément, un coryza intense. Les écoliers exclus ont contagionné leurs jeunes frères et sœurs.

Dans une autre épidémie à Ellnhausen, 2 adultes ont été atteints. L'évolution de cette affection, presque toujours bilatérale, a été très bénigne au début ; léger œdème des paupières, rougeur diffuse des conjonctives palpébrale et oculaire, un peu de tuméfaction conjonctivale, production fréquente de petites pseudo-membranes superficielles au fond des culs-de-sac, sécrétion pendant 2 ou 3 jours d'un fluide aqueux dans lequel flottent les flocons de pus contenant des diplocoques de Fraenkel très nombreux, mais souvent privés de capsule et peu virulents. Guérison spontanée en 8 jours. Axenfeld et un autre médecin ont vainement tenté de se conférer la maladie par l'introduction dans les culs-de-sac conjonctivaux des sécrétions morbides.

XVI. — Troubles moteurs épidémiques, limités aux membres supérieurs, observés dans deux classes mixtes de Zurich, presque exclusivement sur les filles de 9 à 13 ans (24 cas sur 26). Les mouvements anormaux se produisaient par accès, surtout pendant les leçons d'écriture, ils étaient rares à la maison. Mains et avant-bras étaient agités par des mouvements alternatifs de pronation et de supination réguliers, peu amples, se répétant 250 fois environ par minute et rappelant tout à fait le tremblement de la paralysie agitante. L'écriture était gênée, mais non impossible, défigurée mais non illisible. Un seul garçon sur 63 fut atteint. 10 autres classes placées dans le même bâtiment, clair et bien aéré, restèrent indemnes. Chez 15 malades, les deux membres supérieurs étaient pris, chez 11 le droit seulement affecté. Chez aucun, les troubles ne s'étendaient à la tête ni au reste du corps et des membres. Les accès augmentaient de fréquence au fur et à mesure que la journée scolaire était plus avancée; leur durée oscillait entre 1 minute et 1 heure. Aucune des malades ne présentait moins de 90 0/0 d'hémoglobine ; sur 5 qui ont été examinées à l'ophthalmoscope, 2 avaient un rétrécissement considérable du champ visuel. Leuch indique comme causes prédisposantes de cette épidémie le trop grand nombre d'heures de classes quotidiennes chez les filles, qui avaient au moins 4 heures de plus que les garçons, augmentées de leçons de piano à la maison et le coucher tardif de beaucoup d'enfants, filles de débitants de boissons. L'épidémie s'est propagée par la vue, l'instinct d'imitation et l'auto-suggestion.

La prophylaxie consiste à ne pas surmener le système nerveux et à exclure de l'école chaque malade pendant quatre semaines au moins, en l'envoyant à la campagne, à la fois pour la séparer de ses camarades et pour la fortifier.

XVII. — Forel conteste le diagnostic d'hystérie de Leuch. Pour lui tout être humain, et à plus forte raison tout enfant, est suggestionnable sans être hystérique pour cela. Dans ces sortes d'épidémies scolaires, le premier cas est habituellement hystérique, mais la plupart des autres ne sont qu'un simple phénomène de suggestibilité. J. B.

I. — Th. WEYL, MARGGRAAF, BÜSING. Ueber Schneebeseitigung (*Hyg. Rundsch.*, *V, p. 1113*).

II. — KRETZSCHMAR. Beseitigung des Schnees durch Einwurf desselben in die Siele (*Ibid.*, *VI, p. 93*).

III. — E. VALLIN. Les urinoirs à l'huile (*Revue d'hyg., XVIII, n° 3, mars 1896*).

I et II. — A Londres et à Paris, pour débarrasser rapidement les rues de la neige, on la projette en partie dans les égouts, en partie directement dans le fleuve. En Allemagne, on fait de même à Dresde, tandis qu'à Hambourg, Cologne, Mayence, Mannheim, Hanovre et Zwickau, on la jette exclusivement dans les égouts.

A Cologne, une fois la neige dans l'égout, on en active la fusion par un puissant jet d'eau qui la presse par derrière. On évalue à près de 10 0/0 le mélange de sable et de terre, malgré les soins apportés à l'enlèvement la moitié de ces sables est entrainée avec la neige, tandis que l'autre moitié doit être retirée des égouts par un curage, ce qui fait disparaître l'économie du procédé qui ne garde que l'avantage de la célérité. Le jet de chasse consomme aussi beaucoup d'eau, 1,500 mètres cubes par bouche à neige, et il y en a 12 à Cologne; mais cela n'a pas d'importance, car dans la saison froide on a toujours de l'eau en excès.

A Hambourg, on a projeté jusqu'à 2,500 mètres cubes de neige en un jour dans un branchement de collecteur sans formation de dépôt.

Berlin en est resté à l'ancien procédé d'enlèvement par tombereaux, qui est lent et coûteux, aussi *Weyl* voudrait-il voir la capitale prussienne adopter l'un ou l'autre des systèmes ci-dessus.

III. — Le lavage en nappe des urinoirs publics entraîne un gaspillage considérable d'eau; à Paris, en 1884, les 3,422 cases d'urinoirs en dépensaient quotidiennement 8,213 mètres cubes. Malgré cette grande consommation d'eau, les urinoirs dégagent souvent de mauvaises odeurs. Aussi a-t-on imaginé (*R. S. M.*, XLII, 528) de remplacer le lavage permanent à l'eau par l'imprégnation des parois et du sol des urinoirs avec un corps gras qui rend impossible la formation des incrustations urinaires. Actuellement, les urinoirs à huile de Baetz sont au nombre de 178 à Vienne et ils sont essayés à Buda-Pesth, Linz, Brünn, Berlin, Breslau, Leipzig et Alexandrie d'Égypte. La ville de Paris en a installé un sur l'avenue Victoria.

Vallin les a expérimentés à l'Hôtel des Invalides et en a introduit l'usage à l'École préparatoire d'infanterie de Rambouillet. Enfin, depuis 3 ans, 20 d'entre eux fonctionnent à l'École du service de santé de la marine à Bordeaux, et la dépense s'est chiffrée par 27 fr. 25 c. d'huile de houille, tandis qu'il eût fallu 11,664 francs d'eau. J. B.

I. — La question des ordures ménagères à New-York (*Mouv. hygiénique, XI, p. 329*):

II. — Müllverbrennungsversuche der Stadt Berlin (*Hyg. Rundsch., V, p. 713*).

III. — R. METTLER et H. STAUB. Verbrennungsanlagen für Haus-und Strassenkehricht (*Zurich, 1896, in Deutsche Viertelj. f. öff. Gesund., XXVIII, p. 541*).

I. — Le système au moyen duquel on se débarrasse actuellement à New-York des ordures ménagères, donne lieu à de nombreuses réclamations. Les voitures municipales versent ces détritus dans des bateaux qui vont jeter leur contenu dans la mer, à l'entrée même du port.

A Chicago, à Montréal et dans d'autres villes, on incinère les immondices. A Baltimore, Boston, Brooklyn, Buffalo, Cincinnati, Philadelphie,

Saint-Louis, etc., on sépare d'abord les cendres et autres déchets des résidus culinaires qu'on traite isolément en les concentrant de façon à obtenir des graisses commerciales (dans la proportion de 30 0/0) et des matières pour engrais (26 0/0). Les objections soulevées contre ce traitement sont les odeurs que ces résidus dégagent au moment du déchargement et les eaux sales qui s'écoulent des condenseurs. Le système exige, en outre des particuliers, l'acquisition de deux caisses à ordures distinctes.

Dans toutes ces usines de transformation des immondices urbaines, on prétend que toutes les substances combustibles et que tous les gaz nuisibles sont entièrement détruits. Tel n'est pas l'avis de la Commission new-yorkaise qui affirme, après les avoir visités, qu'aucun de ces établissements ne pourrait être toléré dans les zones habitées des villes. La Commission, d'ailleurs, fait l'expérience suivante : Un mélange d'immondices est introduit dans un four crématoire et soumis pendant plus de 2 heures à une température de 1,350 degrés centigrades, les matières étant constamment remuées, la flamme alimentée avec du pétrole et le tirage activé par une insufflation d'air. Cependant, on découvrit dans les résidus des fragments de journaux à peine roussis. L'absence d'odeurs désagréables ne dure que lorsque le temps est beau et sec. Le rapport de la Commission se termine par les propositions que voici : Interdire le déversement des immondices dans le port et daus les cours d'eau affluents. Tenir strictement la main à ce que les propriétaires et locataires fassent séparer complètement les résidus de cuisine des autres ordures ménagères. Recueillir les ordures ménagères dans des caisses en fer galvanisé, fermées hermétiquement et de dimensions telles qu'un seul homme puisse facilement les manier. Enlèvement quotidien des résidus de cuisine, pour les traiter dans une usine, hors ville, afin d'en retirer la graisse et les matières fertilisantes. Vente du restant des immondices, soit comme matériaux de remblai, soit comme engrais. Voitures de bouage d'un modèle uniforme en tôle, étanches et closes. Désinfection des voitures déchargées. Balayage mécanique des rues, précédé d'arrosage en temps sec. A New-York, le poids quotidien des résidus de cuisine est de 800 tonnes valant 24 francs la tonne. L'incinération des immondices, outre qu'elle serait plus dispendieuse, ferait perdre des matières ayant une valeur commerciale ou agronomique.

II. — L'Administration municipale de Berlin a procédé à des expériences d'incinération des immondices pendant l'hiver dans le four de Warner et dans celui d'Horsfall. A cet effet, elle a fait venir un chauffeur de l'usine de Leeds et avait envoyé en Angleterre un mécanicien et un chauffeur berlinois pour se mettre au courant de la conduite des appareils. On a tenté d'abord, et sans succès, de brûler simplement les ordures comme on le fait en Angleterre, sans criblage et sans addition de combustible ; le plus souvent le feu s'éteignait. Le mélange préalable des immondices avec 10 0/0 de coke ou de charbon, n'a pas donné de meilleurs résultats. On a mieux réussi, quand, au moment où le feu menaçait de s'éteindre, on y introduisait la même quantité de combustible à l'état incandescent et en ayant soin de l'éparpiller. Mais la température des gaz de combustion est toujours restée fort inférieure (150° à 180°) à celle réalisée dans les fours anglais (600 à 800° et plus) ; aussi est-il impossible

de les utiliser pour le chauffage des chaudières. Ces gaz de combustion ne contiennent guère que de la vapeur d'eau. L'incommodité de la fumée n'est pas à redouter pour le voisinage. On perçoit seulement parfois une odeur empyreumatique. En moyenne de 24 heures, chaque four a comburé 2ts,79 d'ordures laissant 53 0/0 de résidus, tandis que dans le même espace de temps, en Angleterre, un four brûle 6 à 7 tonnes d'immondices, ne fournissant que 33 0/0 de résidus. Les expériences berlinoises ont montré que la composition des ordures variait beaucoup suivant les quartiers.

III. — La ville de Zurich a chargé l'inspecteur du service sanitaire et le directeur du nettoiement d'aller étudier à l'étranger le système d'incinération. Après avoir visité les fours de Londres, Leeds, Leicester, Liverpool, Manchester, Oldham, Southampton et Bruxelles, Mettler et Staub donnent la préférence au système de Leeds. Des expériences qu'ils ont faites à leur retour, ils concluent que les immondices zuricoises sont aussi faciles à brûler, sans addition de combustible, que les anglaises. Le cube quotidien à réduire en cendres s'élève à 81 mètres cubes pour les ordures ménagères, et à 49 mètres cubes pour les balayures des rues. Il faudrait pour cela 15 cellules crématoires qu'on répartirait en 3 usines à la périphérie, vu l'étendue de Zurich et l'impossibilisé d'acquérir un terrain central assez vaste. J. B.

I. — GUTTSTADT. Traitement des ordures ménagères et des matières de vidanges à Stuttgart (*Hyg. Rundsch. VI, p. 231*).

II. — J.-H. VOGEL. Die Verwerthung der städtischen Abfalstoffe (*Arbeiten aus d. deutsch. Landwirthschaftsges., XI*).

III. — E. VALLIN. L'épuration des eaux d'égout et l'hygiène à Reims (*Revue d'hyg., XVIII, p. 665. août 1896*).

IV. — L. GÉNIS. État actuel des travaux d'assainissement de Marseille (*Ibid., n° 4, p. 324, avril 1896*).

V. — Vœu relatif à la désinfection des déchets de boucheries (*C. R. Conseil de salubr. de la Seine, II, n° 7, p. 119*).

I. — A Stuttgart, les immondices forment un cube quotidien de 100 mètres qu'on dépose sur les voiries municipales où elles s'accumulent ; d'autre part, l'incinération en serait difficile et coûteuse, surtout l'été, à cause des débris abondants de légumes verts qu'elles renferment.

Quant aux matières de vidanges, il était impossible de songer à les déverser dans les égouts qui aboutissent au Neckar dont le débit est très faible pendant les périodes de sécheresse. D'autre part, une usine d'épuration préalable de ces eaux ne pouvait être installée dans cette vallée si étroite et si peuplée du Neckar. On ne pouvait songer davantage à l'épandage sur le sol, et l'on manquait de place ainsi que de moyens de transport économiques pour transformer les matières en engrais. On en fut réduit à recourir aux fosses mobiles en bois placées habituellement dans les allées des maisons et qu'on vidait une fois par mois. Depuis 1875, la vidange est pneumatique et exécutée par la régie municipale. Le cube annuel des matières extraites est de 80,000 mètres, soit 0mc,6 par tête. En

1894, on a vidé quotidiennement 200 tonnes mobiles, représentant un contenu de 260 mètres cubes. L'Administration éprouvait de grandes difficultés à se débarrasser de ces matières. Le voisinage immédiat en pouvait utiliser à peine le quart. Le terrain, très accidenté, met entraves au transport direct sur les champs et les exploitations agricoles de quelque étendue font défaut à proximité de Stuttgart. On dut se résigner à les transporter par chemin de fer sur des wagons *ad hoc* chargés chacun de 3 grands tonneaux d'une contenance de 90 hectolitres. On a expédié ainsi dans ces dernières années près de 50,000 mètres cubes de matières pour 90 stations différentes, dont quelques-unes assez éloignées de Stuttgart, à plus de 20 lieues. Néanmoins, le débit en demeurait malaisé à l'époque des moissons et en hiver. Il a donc fallu réunir ces matières dans des fosses constituant des réservoirs analogues à ceux de l'eau potable et placés près de la voie ferrée. Grâce à ces différentes dispositions, la ville avait réussi à vendre presque la totalité de ses matières de vidanges et même à réaliser de ce chef un bénéfice de 125,000 francs.

Mais le choléra de 1892, ayant fait craindre à l'Administration municipale qu'en temps d'épidémie, on interdise le transport et l'épandage des excréments humains, elle s'est décidée à créer une fabrique de poudrette sur les bords du Neckar, à 8 kilomètres de Stuttgart. Comme le charriage des matières serait trop coûteux, on projette d'établir une canalisation pneumatique pour les entraîner de la ville à l'usine.

II. — Enquête de la Société d'agriculture auprès des municipalités de 564 villes allemandes ayant plus de 5,000 habitants. La quantité annuelle des excréments humains est de $476^{kil},6$, dont 430,2 d'urine et 37,4 de fèces, ce qui représente théoriquement une valeur de 6 fr. 44 centimes. Fosses d'aisances fixes : dans les petites villes, jusqu'à 70 0/0 de l'azote des excréments ne se retrouve pas dans les matières vidangées, soit qu'il se soit évaporé, soit qu'il ait été transformé par la putréfaction, soit enfin qu'il se soit infiltré dans le sol. Les fosses fixes laissent autant à désirer au point de vue de l'agriculture que de l'hygiène, parce qu'elles fournissent un engrais de moindre valeur, en raison de sa putréfaction.

Sous le rapport agronomique, les fèces mélangées à l'état frais de tourbe pulvérente, sont préférables à celles sans mélange, mais le procédé n'est pas applicable aux villes de plus de 50,000 habitants, ni dans les maisons à plusieurs étages.

Parmi les 564 villes, 453, soit 91,7 0/0 ont des fosses fixes ; 69 (12,23) ont des systèmes mixtes d'assainissement; 24 (4,25) ont des fosses mobiles, sous forme de tonnes ou de seaux, et 18 (2,3 0/0) pratiquent le tout à l'égout. Sur ces 18 dernières, 9 ont plus de 50,000 habitants : Berlin, Breslau, Hambourg, Francfort, Dantzig, Altona, Hanovre, Magdebourg et Charlottenbourg. 6 de ces 18 villes seulement possèdent des terrains pour l'épandage : Berlin, Breslau, Dantzig, Charlottenbourg, Rixdorf et Schœneberg. 20 villes déversent tous leurs résidus urbains dans le cours d'eau voisin, sans les avoir épurés, ou ne les avoir épurés que très imparfaitement : Saarbrück, Marbourg, Cüstrin, Passau, Darmstadt, Wurtzburg, Cassel, Brunswick, Aix-la-Chapelle, Munich, Hambourg, Altona, Hanovre, Magdebourg, Stettin, etc.

III. — *L'épuration des eaux d'égout* de Reims a lieu dans une plaine entourée d'arbres, à 6 kilomètres au N.-O. de la ville. Les terrains ont

une étendue de 596 hectares dont 534 sont mis en cultures : betteraves (2 distilleries sur place), céréales, etc. Le cube moyen quotidien des eaux d'égout est de 45,000 mètres ; la ville paie à la Compagnie des eaux-vannes 1/2 centime par mètre cube d'eau épurée. Les eaux du collecteur inférieur, qui forment un peu plus des 2/3 du total, étant surtout des résidus d'industries, sont peu chargées de matières organiques; pour arriver sur les terres d'épandage, elles sont relevées par des machines à vapeur, tandis que les eaux d'égout des quartiers hauts y parviennent par la simple gravitation. Avant de les employer aux irrigations, on en enlève les écumes, les graisses et les corps étrangers (bouchons, cadavres d'animaux, etc.). L'hiver, on n'interrompt pas l'épandage.

Les *eaux potables* sont fournies à raison de 130 litres par jour et par habitant par des sources de la nappe souterraine.

Le *bureau d'hygiène*, créé en 1882, dépense 36,000 francs par an ; il comprend 1 directeur, 1 chef de bureau, 2 commis, 2 préposés à la désinfection, 2 inspecteurs de la salubrité et 1 inspecteur des fosses d'aisance.

L'*inspection des abattoirs, marchés et boucheries*, instituée en 1885, est faite par 1 vétérinaire, directeur du service, et 2 inspecteurs des comestibles. Les viandes saisies (4,047 kilogrammes en 1895) sont détruites par l'action combinée de l'acide sulfurique et de la vapeur d'eau.

Le *service de désinfection* emploie le sublimé pour les logements et une étuve à vapeur sous pression pour les autres objets. Reims a un laboratoire de bactériologie, chargé de l'inspection des boissons, et un laboratoire de chimie, dépendant tous deux du bureau d'hygiène.

Résultats sanitaires. — La mortalité générale a baissé de 30 à 26,11 0/00; la variole a disparu, la fièvre typhoïde est devenue rare, la diphtérie a diminué. En outre la mortalité au-dessous de 1 an, de 310 pour 1,000 enfants, est tombée à 250. Malheureusement, la natalité décroît d'une façon continue, s'étant réduite de 33 à 25,83 0/00, ce qui laisse un excédant de décès.

IV. — A Marseille, on vient d'achever un nouveau réseau d'égouts propre à recevoir les matières de vidanges et allant se deverser en mer, à distance de la ville. On a construit de ce chef 87,631 mètres d'égouts en maçonnerie, 98,743 mètres de tuyaux, un émissoire ou collecteur général de 12 kilomètres de long, dont plus des deux tiers en souterrain, mis en état de fonctionnement de 30,000 mètres des anciens égouts aptes à être compris dans le nouveau système ; installé 993 réservoirs de chasse automatiques, 2,175 regards de visite et des chambres à sable sur tous les collecteurs, en cas d'orages. La ville a été divisée en vingt bassins dont les limites ont été déterminées par la configuration du sol. Pour les 5 bassins bas (230 hectares), ce sont des machines élévatoires qui relèvent leurs eaux d'égout dans l'émissoire. Les eaux de pluie sont considérées nuisibles jusqu'à concurrence de 5 millimètres par heure. Le surplus, comme eaux d'orages, est suffisamment propre pour être envoyé directement à la mer par les déversoirs. En cas de chômage de la distribution d'eau, les machines élévatoires peuvent, pour faire des chasses, jeter dans le collecteur général 3,000 litres d'eau à la seconde. La pente minime des égouts, de 30 centimètres par kilomètre, est suffisante pour avoir une vitesse d'environ 1 mètre par seconde. Malheureusement, ce nouveau tout à l'égout ne peut encore fonctionner, vu l'insuffisance de

la distribution d'eau. La Société de médecine publique émet le vœu que ce fâcheux état de choses ne se prolonge pas.

V. — Le rapport de Nocard constate que les industriels de la banlieue parisienne qui transforment les déchets de boucheries, charcuteries et triperies, ne travaillent en été que sur des produits putrides qui, après avoir exhalé des odeurs nauséabondes déjà dans les boutiques et étaux, continuent à en répandre pendant leur transport à l'usine, contribuant ainsi pour une grosse part aux *odeurs de Paris*. Il serait cependant facile d'y remédier, en imposant aux charcutiers bouchers et tripiers d'avoir un récipient non métallique contenant une solution de chlorure de zinc à 2 0/0 dans laquelle on immergerait les os et débris de viande. Ce procédé de désinfection a été adopté par l'Administration. J. B.

I et II. — 8e et 9e Jahresberichte über die Verbreitung der Thierseuchen im deutschen Reiche..... (*Berlin, 1894 et 1895*).

III. — SEMMER. Milzbrandsporenbildung im Kadaver (*Oesterr. thierärztl. Centralbl., 1895, et Hyg. Rundsch., VI, p. 102*).

I et II. — Nous n'extrayons de ces rapports que les cas de zoonoses transmissibles à l'homme.

Charbon. — En 1893, il y a eu en Allemagne 99 cas de transmission du charbon des animaux à l'homme, dont 15 mortels : 27 chez des bouchers, 4 chez des équarrisseurs, 6 chez des bergers, 4 chez des ouvrières en crins de cheval, 2 chez des médicastres.

En 1894, on en a compté 109 cas, dont 14 suivis de décès : 43 chez des bouchers, 7 chez des équarrisseurs, 4 chez des bergers, 4 chez des ouvrières en crins de cheval, 1 chez un gardien de ménagerie et 1 chez un aubergiste.

Rage. — Elle s'observe surtout sur la frontière orientale, en Saxe et dans l'extrême Sud de l'Alsace. En 1893, on a abattu : comme enragés, 410 chiens, 39 bovidés, 7 moutons, 4 porcs, 3 chevaux et 3 chats; comme suspects de rage, 1,383 chiens et 213 chiens errants. On a signalé 2 cas de rage mortelle chez l'homme, plus 1 décès dû vraisemblablement à la même cause chez un vétérinaire. En 1894, on a abattu : comme enragés, 471 chiens, 73 bovidés, 6 porcs, 4 chevaux et 3 chats; comme suspects, 1,201 chiens et 162 chiens errants. 1 homme a succombé à la rage.

Morve. — En 1893, 5 cas chez l'homme, dont 2 suivis de mort, l'un chez un vétérinaire; en 1894, 3 cas, tous mortels, chez des palefreniers.

Cocotte. — En 1893, plusieurs cas de stomatite chez l'homme, dont 1 grave ayant duré 4 semaines.

Dans 3 localités, on a cité des cas par ingestion de lait cru. En 1894, soit l'usage du lait cru, soit la traite des vaches, ont donné lieu à un certain nombre de maladies chez l'homme se traduisant par des aphtes buccaux et pharyngés, parfois par de la diarrhée et des phénomènes gastriques. Dans un seul cas, on a noté l'existence de vésicules entre les doigts et les orteils; dans un autre, une violente conjonctivite fébrile provoquée par la salive que le malade avait portée dans son œil; deux jours après, l'inflammation s'étendait à l'autre œil.

Gale du cheval. — En 1893, 23 cas chez des palefreniers.

III. — Dans un ganglion mésentérique provenant d'une vache autopsiée 7 heures après sa mort subite, en février, et qui était conservé depuis 3 jours dans un flacon à une température inférieure à 0°, Semmer a vu de nombreux filaments charbonneux, des bactéridies renfermant des spores et des spores libres dont la nature a été confirmée par des inoculations. Comme on ne peut guère admettre la formation de filaments renfermant des spores charbonneuses à une température au-dessous de 0°, il faut admettre que les filaments se sont développés sur le cadavre dans l'espace qui a séparé la mort de l'autopsie. Semmer en conclut que les spores du charbon peuvent se développer à l'intérieur du corps en l'absence d'oxygène et que le seul moyen de ne pas infecter le sol est de brûler les cadavres au lieu de se borner à les enfouir après les avoir désinfectés à la surface. J. B.

I. — **GAFFKY. Craie à dessiner toxique** (*Festschrift zur 100 jährigen Stiftungsfeier des medicinischen-chirurg. Friedrich-Wilhelms Instituts*).

II. — **PLANCHON. Sur une pommade toxique** (*C. R. Cons. Salubr. Seine, I, 429*).

III. — **PLANCHON. Sur des cigarettes toxiques** (*Ibid., p. 430*).

I. — Gaffky relate un cas d'intoxication chronique par l'arsenic dont a été atteint le directeur de l'Institut anatomique de Giessen pour avoir fait usage d'une craie à dessiner, de couleur. G. a constaté que les craies brunes et violettes contenaient une très grande quantité d'arsenic.

II. — Sur le rapport de Planchon, le conseil de salubrité de la Seine décide qu'il n'y a pas lieu de laisser vendre librement, par des coiffeurs ou des parfumeurs, une pommade au biiodure de mercure, employée contre la calvitie et l'alopécie, et qu'il serait désirable de faire entrer le biiodure de mercure dans la liste des poisons dont la vente et l'emploi sont réglementés par l'ordonnance royale du 29 octobre 1846.

III. — En 1893, le conseil de salubrité de la Seine avait voté à l'unanimité les conclusions du rapport de Planchon sur l'utilité d'inscrire le sulfocyanure de mercure dans la liste des poisons dont le commerce est réglementé, afin de faire supprimer les *serpents de Pharaon*, jouet dont l'usage avait donné lieu à des accidents. Mais la vente en est restée libre, parce que le comité consultatif d'hygiène n'a pas admis leur toxicité.

Aujourd'hui le jouet s'est transformé. Le sulfocyanure se trouve placé dans des cigarettes formées d'un tube de papier garni de varech, dont la combustion dégage des vapeurs de sulfure mercuriel, d'acide sulfureux, d'acide carbonique et d'un peu d'acide cyanhydrique; tous ces gaz sont directement aspirés par le fumeur. J. B.

Auguste REVERDIN. Pourquoi la piqûre de l'épine noire est-elle considérée comme dangereuse? (*Revue méd. Suisse romande, XVI, p. 108*).

Les paysans rapportent souvent l'origine de leurs panaris à une piqûre de l'épine noire (prunellier). Reverdin pense que cela peut s'expliquer par ce qu'il a observé. La pie-grièche, une fois repue, mais non lasse de sa chasse aux insectes, les empale sur l'épine noire où ils pourrissent sous l'action du temps. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

BROUARDEL, GILBERT et GIRODE. Traité de médecine et de thérapeutique (*tome III, un vol. de 970 p., Paris, 1897*).

Ce troisième volume est consacré aux maladies parasitaires ou diathésiques, aux intoxications. Les maladies parasitaires comprennent la filasiose, la trichinose, la ladrerie et le paludisme, qui fait l'objet d'une étude magistrale de Laveran, dont les belles recherches sur l'hématozoaire sont très modestement exposées dans ce beau chapitre.

Les intoxications diverses sont étudiées par Letulle (saturnisme), Wurtz (arsenic, phosphore, opium, cocaïne, etc., et intoxications alimentaires). A signaler à part l'article de Lancereaux sur l'alcoolisme, qui n'est que la condensation de ses nombreuses études sur ce sujet.

Les maladies diathésiques embrassent le diabète, la goutte (Richardière) ; le cancer (Gombault), les rhumatismes (Teissier, Roques), leur nature infectieuse n'étant pas encore suffisamment établie ; le rachitisme (Marfan), etc.

Ce volume se termine par une étude considérable, 300 pages, un véritable traité des maladies de la peau, de Gaucher et Barbe, si compétents en la matière. A. CARTAZ.

A. CHARRIN. Leçons de pathogénie appliquée (clinique médicale) (*In-8°, 396 pages, Paris, 1896*).

Sous ce titre, C. publie les leçons qu'il a faites dans la chaire de clinique médicale en 1895 ; ces leçons portent sur des sujets courants, fièvre typhoïde, pneumonie, etc. Mais la façon dont l'auteur comprend l'étude de la clinique est chose nouvelle. Il a cherché et il y a, à mon avis, pleinement réussi, à réaliser l'accord des méthodes cliniques proprement dites et des méthodes de laboratoire, prouvant que les dernières sont aujourd'hui absolument nécessaires pour l'interprétation des lésions pathologiques. Chercher pourquoi la fièvre se produit dans tel cas, pourquoi la circulation est troublée dans tel autre, ne pas se borner à la constatation du fait et tâcher d'arriver, par l'étude des conditions qui provoquent l'apparition de tel ou tel symptôme, à une thérapeutique judicieuse, tel est le but qu'a visé l'auteur ; c'est vraiment de la pathogénie appliquée.

L'élément primordial, la cellule, est le point de départ de ces réactions multiples, qu'elles soient dues à des microbes, à des toxines ou à des agents extérieurs ; c'est donc cet élément qu'il faut viser en analysant avec toutes les ressources modernes du laboratoire, les troubles dont elle est le siège au point de vue de sa structure, de ses fonctions. En étudiant d'après cette méthode nouvelle, les malades de son service, C. a montré

les applications fécondes qui peuvent résulter de l'application des travaux de laboratoire aux données cliniques. Son livre est une œuvre originale et digne d'être méditée. A. CARTAZ.

H. ROSIN. Lehre von der Tabes dorsalis (*Zeitschr. für klin. Med.*, *XXX*, *p. 480*).

Pour R. le tabes est avant tout une maladie du système de faisceaux qui rayonne à travers les racines postérieures dans la moelle et aboutit aux cornes et aux cordons postérieurs. Ce n'est une affection pure ni de la moelle ni du cerveau, comme l'a soutenu Jendrassik. C'est une dégénérescence du premier neurone des cordons sensitifs médullaires. Au début les neurones atteints sont peu nombreux, puis leur nombre augmente. Dans cette extension, la dégénérescence peut ne pas s'arrêter au premier neurone sensitif. Elle peut gagner le second et même, dans les cas très étendus, passer au premier neurone moteur. Le cas qui a servi à l'autopsie offrait cliniquement une particularité des plus intéressantes, la conservation du réflexe rotulien. Mais, dans les cas où les racines lombaires sont restées normales (et cette intégrité fut ici vérifiée), cette conservation existe. Ce fait a d'ailleurs été bien signalé dans le tabes cervical par Westphal. Les crises gastriques intestinales et vésicales très violentes doivent peut-être s'expliquer moins par les lésions des racines postérieures constatées à la région dorsale de la moelle que par une origine périphérique portant probablement sur le grand sympathique.

A.-F. PLICQUE.

LÄHR. Ueber Sensibilitätsstörungen bei Tabes dorsalis und ihre Localisation (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 2*, *p. 47*, *13 janv. 1896*).

Conclusions déduites de l'observation de 60 ataxiques :

Parmi les troubles de sensibilité notés dans l'ataxie locomotrice, l'hypesthésie du tronc semble être un symptôme régulier et le plus souvent précoce. Elle s'y borne longtemps à une diminution de la sensibilité aux contacts légers, tandis qu'au contraire, sur les membres inférieurs, on ne constate généralement au début qu'un affaiblissement des sensations douloureuses et du sens de la position ; ces derniers troubles paraissent d'habitude précéder un peu l'hypesthésie du tronc.

L'hypesthésie du tronc commence d'ordinaire sur le territoire où se distribuent les nerfs dorsaux moyens ; elle progresse volontiers assez symétriquement dans une zone entourant horizontalement le tronc et qui s'étend en haut et en bas et envahit les membres supérieurs d'une façon caractéristique. De la même manière, elle se montre ensuite sur le territoire des nerfs lombaires et sacrés ; seulement ici, de même qu'au niveau du territoire des nerfs dorsaux inférieurs, il subsiste fréquemment entre les zones hypesthésiques des zones de sensibilité encore normale. La répartition de cette anesthésie tactile présente des caractères très nets : elle correspond, non au territoire de distribution des nerfs périphériques: mais à celui des fibres intra-médullaires des racines spinales. Cela n'empêche d'ailleurs pas qu'il ne puisse survenir des anesthésies d'autre nature, consécutives aux lésions des nerfs périphériques. Sur les confins de l'hypesthésie, ainsi qu'entre les zones hypesthésiques, on constate le

plus souvent une hyperalgésie très marquée, pour le froid surtout. L'anesthésie par compression du cubital semble, dans l'ataxie locomotrice, s'associer dans la règle avec d'autres troubles sensitifs du territoire de ce nerf.

Dans la discussion, Oppenheim dit avoir vu chez plusieurs ataxiques, à un stade précoce de leur maladie, une analgésie universelle. J. B.

A. CHIPAULT. Remarques sur la topographie des troubles sensitifs tabétiques (*Méd. moderne, p. 345, 30 mai 1896*).

Chez 14 tabétiques atteints presque tous de maux perforants, d'artropathies ou de troubles urinaires, l'auteur a recherché l'état de la sensibilité cutanée ; il a trouvé des troubles sensitifs offrant une topographie semblable à celle qu'on observe dans les lésions radiculaires et correspondant, soit à l'envahissement symétrique d'une série continue et souvent fort longue des racines, soit à l'envahissement également symétrique de deux séries indépendantes. GEORGES THIBIERGE.

W.-A. MOURATOW. La diplégie spasmodique congénitale, comme forme clinique (*6e Congrès des médecins russes à Kiew, Vratch, n° 23, 1896*).

Le nom de maladie de Little ne doit être appliqué qu'à la diplégie cérébrale congénitale. Le tableau clinique de la maladie de Little présente de nombreuses variétés en rapport avec l'étendue et la gravité des lésions corticales. Ces conditions expliquent la distribution des phénomènes paralytiques et les troubles psychiques, en déterminant ainsi le pronostic. La dystocie et l'accouchement laborieux en sont un signe caractéristique, mais, au point de vue étiologique, il n'est pas prouvé qu'elles en soient la cause efficiente ou seulement une expression d'une affection constitutionnelle de la mère ou du fœtus. Les diplégies familiales héréditaires ne sont pas suffisamment caractérisées comme unité nosologique : au point de vue clinique, elles se caractérisent par le début après la naissance, par l'évolution progressive et par l'intégrité des fonctions psychiques. La caractéristique pathogénique de la maladie de Littre se borne à une lésion en foyer primitive des circonvolutions centrales des deux hémisphères d'origine vasculaire avec dégénérescences secondaires dans le cerveau et la moelle. La rigidité et les paralysies sont l'expression de dégénérescence des voies pyramidales avec hypertonie des cellules des cornes antérieures. Les troubles psychiques dépendent de l'étendue des foyers primitifs et des dégénérescences secondaires. Les mouvements athétosiques et choréiformes et les accès épileptiformes n'appartiennent pas au tableau de la maladie de Little, en tant que signe constant. Le traitement possible seulement dans quelques cas favorables se réduit aux mesures orthopédiques et en partie pédagogiques. H. FRENKEL.

P. BOULOGNE. Un cas de sclérose en plaques à début apoplectiforme (*Revue de méd., 10 mai 1896*).

Homme de 43 ans, n'ayant jamais été malade, pris brusquement de perte de connaissance sans aucun signe prémonitoire. A son réveil, difficulté à mou-

voir les membres supérieurs, paralysie complète des membres inférieurs et des sphincters. Au bout de quelques heures, retour partiel de la motilité dans les membres inférieurs, retour complet dans les membres supérieurs. Les jours suivants exagération des réflexes rotuliens, anesthésie complète et totale remontant jusqu'au pli de l'aine. Au bout d'un mois, apparition d'un léger tremblement à l'occasion des mouvements volontaires, nystagmus, léger embarras de la parole. Tous ces troubles allèrent en s'aggravant peu à peu peu ainsi que les phénomènes de contracture dans les deux jambes.

C. GIRAUDEAU.

REMLINGER. Un cas de paralysie ascendante aiguë (maladie de Landry) due au streptocoque (*Méd. moderne. 1er avril 1896*).

Homme jeune, ayant eu récemment des accidents paludéens, suivis d'anémie assez prononcée. Paraplégie avec douleurs dans les membres inférieurs, ayant débuté brusquement; la paraplégie et les douleurs atteignent rapidement les membres supérieurs; mort par phénomènes bulbaires, dix jours après le début de la maladie. A l'autopsie, moelle macroscopiquement saine; la culture des divers segments de la moelle donne du streptocoque à longues chaînes, surtout abondant pour la moelle cervicale; à l'examen microscopique de la moelle, on trouve également des chaînettes de streptocoque dans les intervalles des grandes cellules des cornes antérieures à la région cervicale, mais elles font défaut à la région dorsale et à la région lombaire.

GEORGES THIBIERGE.

MIRALLIÉ. Des déviations du rachis en neuropathologie (*Revue d'orthop., sept 1896*).

Dans cette revue très documentée, M. étudie les déviations rachidiennes successivement dans les affections cérébrales, hémiplégie, athétose double, idiotie, hérédo-ataxie cérébelleuse (Marie), etc.; les affections médullaires, paralysie infantile (une observation inédite du service de Kirmisson), atrophie musculaire, maladies de Little et de Friedreich, ataxie locomotrice, etc.; les maladies des nerfs, maladies de Morvan, sciatique, scoliose croisée, homologue, alternante, etc.; les maladies dystrophiques, myopathies, acromégalie, ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, maladie osseuse de Paget, etc.; les névroses, hystérie (une observation inédite provenant du service de Kirmisson), chorée, etc. On conçoit d'après cette nomenclature, combien est difficile tout essai de classification des déviations du rachis dans les maladies du système nerveux.

CART.

ROXBURGH et A. COLLIS. Notes on a case of acromegaly (*Brit. med. Journ., p. 63, 11 juill. 1896*).

Femme de 35 ans. Vers 28 ans, début de déformations de la main et des pieds. Symptômes d'acromégalie confirmée depuis 3 ans. En mai 1893, troubles visuels, double névrite optique. En juillet 1895, cécité complète de l'œil gauche, hémianopsie de l'œil droit, céphalée persistante et douleurs des membres; somnolence de plus en plus accentuée, mort dans le coma.

A l'autopsie, persistance du thymus qui était anormalement volumineux. Glande thyroïde normale. Quelques signes de méningite adhésive au vertex. Corps pituitaire volumineux, ramolli et vasculaire. La dure-mère de la selle

turcique a disparu et l'os est à ce niveau évidé. L'hypertrophie de la glande pituitaire a comprimé les deux bandelettes optiques et le chiasma, détruisant la bandelette gauche totalement et la bandelette droite partiellement. Aucune autre lésion appréciable. Le corps pituitaire, examiné histologiquement, présente des lésions de glio-sarcome. H. R.

M. GLOGNER. Ein weiterer Beitrag zur..... (Contribution à l'étiologie de la névrite multiple des tropiques) (*Archiv für path. Anat., CXLI, 3*).

Chez les malades atteints de béribéri, le sang des doigts ne montre rien de particulier; mais, comme la rate a augmenté de volume, Glogner se procure, au moyen d'une ponction capillaire, quelques gouttes de sang splénique. Sur 98 malades, il a trouvé ainsi 63 fois dans le sang splénique des hématozoaires qui ont quelques analogies avec ceux de la malaria, mais qui s'en distinguent par les caractères suivants : les plus petits sont des corpuscules mobiles, ayant le dixième d'un globule rouge du sang; ils sont toujours munis de quelques granules pigmentés. Plus l'hématozoaire est grand, plus il renferme de pigment, mais les plus gros ne dépassent guère la taille d'un globule rouge du sang. Les grains pigmentés du centre sont animés de mouvement. Le développement de ces hématozoaires rappelle celui de la malaria : on voit, en effet, partir du bord de l'hématozoaire des lignes de segmentation qui divisent l'organisme en une série de fragments renfermant chacun un grain de pigment et se séparant plus tard les uns des autres. C'est ainsi que se forment les spores dont chacune reproduit un jeune hématozoaire.

Ces hématozoaires se distinguent de celui de la malaria : 1° parce qu'ils ne vivent pas dans l'intérieur des globules rouges; 2° parce qu'ils sont pigmentés à tous les stades de leur évolution; 3° parce qu'on ne les trouve que dans le sang splénique et non dans le sang des doigts, par exemple; 4° parce qu'ils n'affectent jamais la forme en croissant.

La présence de ces hématozoaires est toujours accompagnée de fièvre et du gonflement de la rate. Toutefois Glogner est moins affirmatif en ce qui concerne l'étiologie de la névrite multiple, qui survient subitement à la suite d'accès de fièvre. Il est possible que la sporulation de l'hématozoaire introduise dans l'organisme des poisons qui atteignent les tissus et en particulier les nerfs des membres inférieurs et qui sont la cause de la névrite multiple.

D'autre part, Glogner cite plusieurs cas de dysenterie suivis de polynévrite. D'où cette conclusion générale : le béribéri et ses diverses manifestations ne semblent être qu'une forme spéciale de malaria.

ÉD. RETTERER.

DENIGÈS et SABRAZÈS. Sur la valeur diagnostique de la ponction lombaire; examen comparatif au point de vue bactériologique et clinique du liquide céphalo-rachidien (*Revue de méd., 10 oct. 1896*).

Dans six cas de méningite tuberculeuse aiguë, D. et S. ont retiré du liquide par ponction lombaire. Dans la moitié des cas, ils ont trouvé des bacilles de Koch en très grand nombre dans le liquide céphalo-rachidien.

Dans les méningites tuberculeuses chroniques, en plaques de la base du cerveau ou de la moelle, la ponction a été blanche.

L'inoculation du liquide céphalo-rachidien recueilli, pendant la vie, par ponction lombaire dans un cas de rage humaine, a été positive.

Dans le cas de méningite tuberculeuse aiguë où l'examen chimique a été pratiqué, la densité du liquide céphalo-rachidien centrifuge a été trouvée de 1005 à 15° ; sa teneur en principes organiques était très élevée et atteignait par litre $2^{gr},33$ et $2^{gr},55$. Dans ce dernier cas, ces principes se décomposaient en sérine, $2^{gr},10$; peptones, $0^{gr},10$; urée, $0^{gr},35$; corps réducteurs (traces).

L'analyse du liquide céphalo-rachidien dans la rage, diffère très notablement de ce qu'on observe dans la méningite tuberculeuse. La densité est moindre 1004 ; il n'y a plus que $0^{gr},20$ de sérine par litre. Par contre, les substances réductrices correspondent à $0^{gr},72$ de glucose par litre ; les chlorures sont plus abondants $6^{gr},90$, ainsi que les carbonates, les phosphates et les sulfates.

D. et S. se demandent si, en poursuivant ces recherches, on n'arriverait pas à établir qu'à chaque type d'infection méningo-cérébro-spinale correspond une formule analytique du liquide céphalo-rachidien.

C. GIRAUDEAU.

L. AURAND et H. FRENKEL. Sur quelques manifestations oculaires de l'hystérie : mydriase paralytique et mydriase spasmodique unilatérale hystérique (*Revue de méd., 10 oct. 1896*).

Chez une hystérique, A. et F. ont constaté de la mydriase, phénomène tout à fait exceptionnel chez les malades de cette catégorie. Cliniquement, on peut admettre une mydriase spasmodique et une mydriase paralytique, chacune pouvant exister pour son compte. D'après eux, il faut admettre la possibilité de l'existence chez le même sujet de ces deux modes de mydriase ou renoncer à cette distinction même en clinique.

Dans la plupart des cas de mydriase soit spasmodique, soit paralytique, il y a coexistence d'une amaurose ou tout au moins de certaines anesthésies sensitivo-sensorielles. Le plus souvent la mydriase guérit en même temps que l'amaurose. Les auteurs ne pensent cependant pas que la mydriase hystérique qui accompagne l'amaurose est une mydriase de l'amaurose. Celle-là serait tout à fait indépendante de celle-ci.

La nature hystérique de la mydriase se juge non par des caractères propres qui peuvent ressembler complètement à la mydriase organique nucléaire, mais par la coexistence de stigmates hystériques et par la guérison.

C. GIRAUDEAU.

A. CAVAZANI et P. CASTELLINO. Dei riflessi cardiovascolari nelle cardiopatie (*Il Morgagni, p. 441, juill. 1896*).

Dans les affections organiques du cœur en général, les phénomènes vaso-moteurs et réflexes (provoqués par l'excitation des divers sens) sont beaucoup plus énergiques et manifestes que chez les sujets sains. Ils

sont surtout accusés dans les affections valvulaires qui ont le plus tendance à augmenter le développement du myocarde.

Les diverses excitations sensorielles ont le plus souvent pour conséquence la contraction des vaisseaux et l'augmentation de la pression artérielle.

L'amplitude des modifications réflexes cardio-vasculaires et leur longue durée sont, chez les cardiaques, la conséquence et l'indice de la grave perturbation des puissances régulatrices de la circulation. Elles confirment la nécessité de prendre de grandes précautions dans l'emploi des révulsifs chez les cardiopathes et dans l'emploi de tous les traitements qui troublent violemment l'équilibre circulatoire. GEORGES THIBIERGE.

E. BOARI. Contributo allo studio degli impulsi cardiaci patologi (*Broch. in.8° de 68 p., Bologne, 1896*).

Les chocs anormaux de la pointe du cœur peuvent se produire à la présystole, c'est-à-dire précéder le 1er bruit et la phase de fermeture de la mitrale, ou dans la 2e moitié de la systole, c'est-à-dire dans la phase d'expulsion ou après la phase de fermeture de la mitrale. Il y a des chocs de la pointe du cœur dont l'acmé correspond au maximum d'expansion de l'arc aortique et dans lesquels, par suite, semble manquer le retard habituel du pouls artériel. Certains chocs de la pointe débutent par une rétraction courte et rapide, se transformant aussitôt en une pulsation prononcée, pulsation qui se produit, non plus dans la 1re phase de la systole, mais bien dans la 2e, c'est-à-dire au moment de l'expulsion. Certains chocs de la pointe commencent par une élévation courte et rapide suivie aussitôt d'une rétraction forte et prononcée, laquelle est seule apparente à l'inspection ; en outre, cette élévation initiale systolique est d'autant moins évidente et d'autant plus petite qu'elle succède à une diastole plus prolongée et, inversement, d'autant plus élevée et plus prononcée qu'elle succède à une diastole plus courte. Les impulsions négatives de la pointe du cœur, ou rétractions systoliques de la pointe du cœur, peuvent se produire sans la moindre adhérence intra ou extrapéricardique et sans autre condition extrinsèque au cœur et être la conséquence de graves altérations fonctionnelles intrinsèques liées spécialement à une double insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires. Il peut y avoir un choc de la région de la pointe et de la région centrale de la zone cardiaque (et par suite sans la moindre rétraction) dans les adhérences intra et extrapéricardiques, même les plus graves, les plus fortes et les plus serrées. GEORGES THIBIERGE.

J. OTTO. Die Ausschliesungsverhältniss..... (Sur l'incompatibilité des maladies du cœur et de la phtisie pulmonaire) (*Archiv f. pathol. Anat., CXLIV, 1*).

A. *Hommes.* — J. Otto n'a pu constater un seul cas de tuberculose pulmonaire sur 48 observations de maladies du cœur (22 cas d'insuffisance mitrale, 2 cas de rétrécissement, 4 cas d'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte, etc.).

D'autre part, sur 185 cas de phtisie pulmonaire, il a observé 29 épais-

sissements de la valvule mitrale, résultant de l'inflammation chronique de l'endocarde et 4 inflammations aigües de l'endocarde.

B. *Femmes.* — 63 cas de maladies du cœur et 133 cas de phtisie chronique.

Dans plusieurs de ces observations, Otto peut montrer que la phtisie s'est développée chez des personnes atteintes déjà d'insuffisance valvulaire. Il n'y a donc pas incompatibilité entre ces deux maladies.

ÉD. RETTERER.

H. ZIEGLER. Anévrisme aortique rompu dans la veine cave supérieure (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 17, p. 542, 1er sept. 1895*).

Homme robuste de 50 ans, ayant de nombreux cas d'affections cardiaques dans sa famille. Il y a dix ans, accès cardialgiques s'accompagnant parfois d'ictère, qui cessèrent à la suite de cures à Carlsbad, en 1892 ; au commencement de mars 1895, quand le malade levait les bras, étourdissements avec sentiment de constriction au cou. Le 18, à 4 heures du soir, malaise subit, constriction de la gorge et de la poitrine, puis orthopnée, anxiété, cyanose intense de la face, du cou et de la région antérieure du thorax; distension, saillie et flaxuosités des veines superficielles de la tête, qui sont animées de pulsations visibles. Pouls veineux hépatique. De 24 à 30 respirations; 128 pulsations régulières. Température normale ; artériosclérose de la radiale. La matité cardiaque, normale à gauche, s'étend à droite jusqu'à mi-distance entre le bord du sternum et la ligne mamelonnaire. Un autre district mat se trouve au-dessous de la partie supérieure du sternum, dépassant cet os de près de 1 centimètre de chaque côté. Choc de la pointe dans le 5e espace intercostal, en dedans de la ligne mamelonnaire. Bruits normaux à la pointe. A droite du sternum, souffle aux 2 temps, plus fort à la systole et ayant son maximum dans le 3e espace intercostal droit.

Les moindres mouvements exacerbent le sentiment de constriction du cou et en font de la suffocation. Urines normales. Le 20, cyanose des avant-bras et des mains; le 24, œdème de la face et du membre supérieur droit; petitesse du pouls ; toux fréquente et râles dans les grosses bronches; le 25, œdème du membre supérieur gauche, somnolence et mort à midi.

Autopsie. Poumons adhérents dans toute leur étendue aux plèvres costales et n'offrant qu'un peu d'œdème aux bases. Un peu de sérosité rougeâtre dans le péricarde. Surcharge graisseuse du cœur, qui renferme une faible quantité de sang fluide avec quelques caillots entre les trabécules ; myocarde flasque ; parois du ventricule gauche d'épaisseur normale, tandis que celles du droit sont amincies. Valvules saines. Immédiatement au-dessus des valvules aortiques, commence un anévrisme capable de loger le poing ; les parois anévrismales sont athéromateuses et offrent des plaques calcaires ; au niveau de sa paroi latérale droite, le sac de l'anévrisme présente une déchirure de 1 centimètre et demi de long, à bords irréguliers, débouchant dans la veine cave supérieure, qui est aplatie sur une hauteur de plusieurs centimètres par la pression de l'aorte dilatée.

J. B.

Oski CORATCOTCHIAN. De la péricardite à pneumocoques (*Thèse de Paris, 1896*).

Cette péricardite est une complication rare de la pneumonie; l'auteur en rapporte 4 observations inédites. Dans le cas d'infection pneumococcique généralisée, elle peut être primitive ; cela est rare. Ordinairement l'infection se fait du poumon au péricarde par les lymphatiques. Elle se

voit surtout dans la pneumonie droite et à la période d'hépatisation grise. Elle s'accompagne d'un brusque abaissement de la courbe thermique avec algidité et cyanose des extrémités. Une ascension de la courbe thermique peut aussi quelquefois la faire soupçonner. Le pronostic est grave dans les formes purulentes et hémorragiques. Le seul traitement qui ait quelque chance de succès est la paracentèse. F. BALZER.

FRANÇOIS-FRANK. Défense de l'organisme contre les variations anormales de la pression artérielle (hypertension et hypotension) (*Bull. Acad. de méd. 21 juill. 1896*).

La pression du sang dans les artères peut s'élever accidentellement à un niveau anormal qui constitue un danger, tant pour les artères elles-mêmes que pour le cœur et les éléments des tissus. Cette hypertension artérielle est provoquée, soit par une stimulation dont le point de départ est sur les surfaces sensibles ou dans le cerveau (origine réflexe), soit par une excitation directe des centres nerveux par un sang insuffisamment oxygéné ou transportant des substances toxiques (origine directe). Elle résulte d'un spasme des artérioles contractiles d'un territoire étendu et d'un renforcement de l'action du cœur (excitation des appareils nerveux vaso-constricteurs et excito-cardiaques).

Mais cette hypertension ne se maintient qu'un temps ordinairement très court, non pas par suite du relâchement rapide des vaiseaux resserrés mais par suite du ralentissement du cœur, du relâchement des vaisseaux superficiels musculo-cutanés, de la contraction des vaisseaux pulmonaires et des veines-portes hépatiques. Ces réactions réparent l'hypertension et écartent ses dangers.

Les influences nerveuses qui provoquent l'hypotension artérielle sont : 1° l'excitation physiologique de certaines surfaces sensibles, surtout viscérales et musculaires provoquant une réaction vaso-dilatatrice active et une diminution d'action du cœur ; 2° une irritation intense, soudaine, soit des surfaces sensibles, soit du cerveau (phénomènes d'inhibition).

Cette hypotension peut être combattue soit par des procédés mécaniques; en tête desquels il faut citer les injections salines, soit par les révulsifs tant internes qu'externes, qui agissent à la façon de stimulants modérés du système nerveux central, qu'ils tendent à tirer de son inertie plus ou moins profonde. LEFLAIVE.

H.-A. LOESER. Ueber paroxysmale Tachycardie (*Archiv f. path. Anat.*, *CXLIII*, *3*).

Dans un cas de tachycardie paroxysmale, Lœser constata que l'accélération des contractions cardiaques (104 à 176 pulsations) peut s'observer isolément, sans être accompagnée de la dilatation du cœur. Il en conclut que la tachycardie paroxysmale existe comme maladie *sui generis* et que la dilatation du cœur n'en constitue pas le symptôme essentiel.

RETTERER.

Paul CLAISSE. Bronchite membraneuse chronique (*Presse méd.*, *mai 1896*).

Dans 2 cas de bronchite pseudo-membraneuse, Cl. a trouvé du pneumocoque; l'une était survenue au cours d'une tuberculose, l'autre après

une pneumonie. Dans un 3e cas, dont il donne l'histoire détaillée, Cl. a découvert le streptocoque. Il a cherché vainement à reproduire par voie expérimentale les exsudats; le streptocoque ne détermine pas à lui seul ces exsudats; il faut une lésion cellulaire des tubes bronchiques ou une modification humorale encore indéterminées.

Pour combattre ces expulsions répétées de membranes, Cl. a employé le sérum de Marmorek et il a obtenu par des injections de 10 centimètres cubes, une guérison complète. Après les premières injections, le rejet des fausses membranes était considérable et la réaction très vive.

A. CARTAZ.

THOUVENIN. Le pyopneumothorax sous-phrénique d'origine tuberculeuse (*Thèse de Paris, 1896*).

Un homme, âgé de 58 ans, présente des symptômes de cancer abdominal compliqué d'épanchement de la plèvre gauche. La thoracentèse ne donne que 250 grammes de sérosité; matité persistante de la région diaphragmatique et déviation du cœur. Il y a du tympanisme sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic; on ne recherche pas le bruit de succussion.

A l'autopsie, on trouve, au niveau des hypochondres, à la place du foie et de la rate, deux vastes excavations inégales (la gauche plus volumineuse que l'autre), s'élevant jusqu'au niveau de la 4e côte, contenant un peu de pus et des gaz fétides, et communiquant ensemble. Pas de perforation du diaphragme, de l'estomac ni de l'intestin. Mais le péritoine est semé de granulations tuberculeuses. Symphyse tuberculeuse des plèvres, aux bases. Pas de tubercules pulmonaires. La tuberculose est limitée aux séreuses. L. GALLIARD.

I. — HOLMES. The diagnosis of tuberculosis from the morphology of the blood (*Med. Record, 5 sept. 1896*).

II. — DENISON. The microscopical proof of a curative process in tuberculosis; or the reaction to tuberculin evidenced by blood changes hitherto unrecognized (*Ibid.*).

I. — Partant de cette idée que chaque individu a son prototype biologique dans ses leucocytes, H. a étudié systématiquement le sang de nombre d'individus tuberculeux, prétuberculeux et non tuberculeux. Il publie aujourd'hui le résultat de ses recherches, comparant, sur des tableaux synoptiques, l'état clinique des malades avec la condition du sang de chacun d'eux : pourcentage des petits et des grands lymphocytes, des phagocytes et des leucocytes éosinophiles ; état de conservation ou de désintégration des leucocytes, pouvoir de coloration des nucléi, etc. H ne tire présentement aucune conclusion ferme de ses travaux relativement au diagnostic précoce de la tuberculose dont il n'a pu établir le critérium hématologique, mais il pense en indiquer la voie, de nouvelles études étant bien entendu nécessaires. Dans un futur travail, H indiquera la technique de ses examens du sang.

II. — Chez deux malades médicalement et chirurgicalement tuberculeux, D a pratiqué un certain nombre d'injections de tuberculine de Koch, examinant après chacune de ses interventions l'état du sang, conformément à la méthode de Holmes. Il a inscrit sur un tableau synoptique les

modifications morphologiques du sang qui, d'après lui, indiqueraient une guérison, ou tout au moins un temps d'arrêt dans la marche du processus tuberculeux. CART.

STEIN et ERBMANN. Zur Frage der Leucocytose..... (Sur la leucocytose dans les processus tuberculeux) (*Deutsche Archiv f. klin. Med.*, *LVI*, *p. 323*).

Au début de la phtisie, le nombre des globules blancs est normal. Dans les processus avancés, limités aux sommets ou plus étendus, mais sans cavernes, les chiffres sont encore normaux. A la suite des hémoptysies, les auteurs ont trouvé une leucocytose modérée, disparaissant en même temps que l'hémoptysie cesse ou diminue. Dans les phtisies avancées, les chiffres restent normaux tant qu'il n'y a pas de destruction notable du parenchyme.

La leucocytose existe, dans les cas à excavations, dans les suppurations chroniques suites de caries, dans les inflammations terminales exsudatives, dans les hyperplasies glandulaires, sans destruction très étendue.

Il faut remarquer principalement que si on trouve, chez un tuberculeux peu avancé, de la leucocytose, on peut soupçonner une caverne ou le début de ramollissement ; l'absence de leucocytose peut faire éliminer le ramollissement dans la plupart des cas. La cause de la leucocytose n'est donc pas dans l'infection tuberculeuse elle-même, mais dans l'infection secondaire septicémique qui accompagne le ramollissement.

C. LUZET.

I. — PALAMIDESSI. Psittacosis (*Il Policlino*, *15 nov. 1896*).

II. — MALENCHINI. Recherches sur une épidémie de pneumonies malignes, psittacose (*Lo Sperimentale, sezione biol.*, *p. 157*, *1895*).

III. — DESCAZALS. La psittacose (*Gaz. des hôp.*, *26 sept. 1896*).

IV. — MORANGE. Idem (*Thèse de Paris*, *1896*).

V. — DELAMARE et DESCAZALS. Une épidémie de psittacose (*Gaz. des hôp.*, *15 août 1896*).

VI. — A. GILBERT et L. FOURNIER, rapport par DEBOVE. Contribution à l'étude de la psittacose (*Bull. de l'Acad. de méd.*, *20 oct. 1896*).

VII. — LANCEREAUX. Rapport sur un cas de pneumonie infectieuse occasionnée par des perruches (*C. R. Conseil de salubr. de la Seine*, *I*, *p. 44*).

I. — Relation d'une épidémie familiale ayant atteint cinq personnes, avec des symptômes typhoïdes, sans phénomènes abdominaux, mais avec prédominance de bronchopneumonie. Quelques jours auparavant, un perroquet était mort dans la maison, d'une façon rapide, succombant à un état infectieux.

Palamidessi put se procurer des perroquets malades de la même maladie, et fit des cultures bactériologiques qu'il put comparer à celles recueillies sur la salive des cinq malades. Voici ses conclusions :

La maladie, chez les cinq personnes, était associée à la présence d'un microorganisme semblable à celui du choléra des poules, mais non identique. Au point de vue morphologique et expérimental, le microorganisme ressemble

à celui que recueillit Nocard sur la moelle osseuse des perruches, et aussi à ceux étudiés par Eberth et Wolff. (Voy. *R. S. M.*, XLIII, 120.)

II. — Etude sur une série de cas de pneumonie qui se rattachent à la même origine que les cas de Beaumetz, Gilbert, etc. A. C.

III. — Après avoir rappelé l'historique de la question, D. établit que la maladie se transmet surtout aux personnes qui nourrissent des perruches de bouche à bec ; alors on voit de l'œdème buccal et des plaques diphtéroïdes. Elle peut être transmise par l'homme, médecins, infirmiers.

L'incubation a une durée moyenne de 8 à 12 jours.

Le début peut être marqué par les apparitions de plaques buccales, de boutons linguaux avec engorgement des ganglions sous-maxillaires ; ou bien on note seulement de l'abattement et de la prostration, des épistaxis, des troubles digestifs, de la céphalalgie ; ou enfin on observe de la toux et de la dyspnée.

Le période d'état se caractérise par des phénomènes typhoïdes. Dès le 2e jour, 39°,8 ou 40° ; faibles rémissions matinales ; pas de grandes oscillations ; défervescence ou lysis. Peter a noté la défervescence brusque suivie de recrudescence procritique. Stupeur, délire de paroles ou délire d'actions. Langue collante, visqueuse, recouverte d'un enduit épais ; vomissements rares. Tantôt constipation (Rendu, Mathieu), tantôt diarrhée (Dubief). Tuméfaction de la rate. Toux et dyspnée faisant croire à la pneumonie (Dujardin-Beaumetz) ; points de côté, râles sous-crépitants fixes dans toute l'étendue des deux poumons ou localisés dans diverses régions ; pas de crachats pneumoniques. Albuminurie. Rendu a observé une éruption qui rappelait celle du typhus exanthématique.

La période de déclin commence du 15e au 20e jour, en moyenne ; diminution de la stupeur et de l'inappétence.

La convalescence est longue et difficile ; amaigrissement, courbature, vertiges, palpitations, intolérance gastrique, essouflement.

La mort doit être attribuée aux complications pulmonaires, pneumonie lobaire, ou, plus souvent, bronchopneumonie, pleurésie. Les pneumocoques se trouvent dans les crachats. La psittacose a ouvert la porte à la pneumococcie secondaire.

Les formes cliniques sont légères ou graves. A la seconde catégorie appartiennent les formes adynamique, ataxique, pulmonaire.

Le diagnostic est souvent difficile : on songe à la fièvre typhoïde, à la grippe, au typhus récurrent, au typhus exanthématique.

Le traitement consiste en purgatifs, lotions froides, bains froids. Dès les formes adynamiques, injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérum artificiel.

IV. — M. publie dans ce travail, qui résume la question, 2 cas inédits observés par Rendu.

V. — 3 cas observés dans le service de Mathieu.

1° Femme de 48 ans, ayant nourri une perruche de bouche à bec. Début brusque, le 8 juin, par perte de connaissance. Elle entre le 18 juin 1896. Stupeur, rate tuméfiée, submatité du thorax à gauche, râles sous-crépitants fixes, crachats rouillés, albuminurie, 40°. Enveloppements froids ; injections sous-cutanées d'eau salée (200 à 300 grammes). Le 20 juin, bain à 22°. Deux jours plus tard, foyer pneumonique avec souffle tubaire ; pleurésie démontrée par la ponction exploratrice. Le souffle tubaire disparaît le 23 juin. Le 24, 38°,6 et 39°,8. Mort le 25.

Poumons congestionnés. Noyaux broncho-pneumoniques disséminés dans le lobe supérieur gauche et dans l'inférieur droit. Léger épanchement séreux dans les plèvres. Congestion des reins; état flasque du myocarde; rate volumineuse.

2° Homme de 45 ans, mari de la précédente, malade depuis dix jours, entre le 18 juin; souffle pneumonique d'abord au sommet gauche, puis à la base droite, râles sous-crépitants fins. Le 23 juin, souffle pleurétique à droite. Bains froids jusqu'au 25 juin. Défervescence à partir du 29 juin. Convalescence le 8 juillet.

3° Fille des précédents, 11 ans, malade depuis le 12 juin, entre le 18. Forme légère. La température ne dépasse pas 39°. Le 19, apyrexie. Submatité à la base gauche. Guérison et départ le 28 juin.

Deux autres personnes, une fille âgée de 13 ans et une sœur de la malade qui a succombé, ont été soignées à la maison ; elles ont guéri.

L. GALLIARD.

VI. — Trois perroquets, achetés le 30 décembre 1895, par un même individu, meurent dans l'espace de quelques jours. Dans la famille où ils ont été apportés, cinq personnes tombent malades, trois légèrement ; deux personnes sont mortes en huit ou neuf jours (les 26 janvier et 1er février 1896), après avoir présenté le tableau d'une fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique, sans phénomènes abdominaux et avec grande prédominance des troubles nerveux.

Le bacille décrit par Nocard n'a pas été trouvé dans le sang et l'expectoration des malades qui ont succombé. Il a été constaté dans les viscères et la moelle d'un perroquet mort chez le marchand d'où venaient les perroquets susdits. Ce même microbe a été trouvé dans le sang du cœur d'une femme morte de psittacose à l'hôpital.

C'est un bacille court, à extrémités arrondies, aérobie et anérobie, très mobile, cultivant facilement, ne prenant pas le Gram, ne liquéfiant pas la gélatine, ne faisant ni fermenter la lactose, ni virer le tournesol, ni coaguler le lait, ne donnant pas d'indol. Il possède 10 à 12 cils vibratiles assez fragiles. Le sérum de typhique produit l'agglutination dans ses cultures en bouillon, mais les agglomérats sont peu nets et les microbes conservent leur mobilité.

Il est extrêmement virulent pour les perruches, souris, cobayes, lapins, pigeons, qu'il tue entre douze et quarante-huit heures. Cette virulence le distingue du bacille d'Eberth, dont il diffère aussi par l'apparence de ses cultures sur gélatine et sur pomme de terre.

La psittacose, plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici, est une sorte de septicémie typhique qui a été souvent confondue avec d'autres maladies infectieuses. C'est à elle qu'il faut rapporter certaines épidémies pneumoniques de famille ou de maison. LEFLAIVE.

VII. — Il s'agit d'un cas de pneumonie infectieuse qui a guéri après avoir présenté des symptômes rappelant à la fois la fièvre typhoïde et la grippe.

Le Conseil de salubrité de la Seine décide qu'il y a lieu d'exercer une surveillance dans les marchés aux oiseaux et, si possible, dans les magasins d'oiseleurs, à l'aide d'inspecteurs compétents, pouvant interdire la vente de tous les oiseaux reconnus malades. J. B.

MOIZARD. Encéphalopathies pneumoniques (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, *25 sept. 1896*).

Moizard a vu un garçon de 20 ans, de souche névropathique, qui eut une pneumonie droite classique, et qui deux jours après la défervescence fut pris sans fièvre, d'une violente céphalalgie, le 20 mars, puis d'agitation avec délire d'actions et de paroles, et hallucinations; en même temps, incontinence des fèces et de l'urine ; le 22, on note de l'embarras de la parole et une hémiplégie faciale gauche ; puis une monoplégie brachiale, avec parésie de la jambe ; ces deux dernières monoplégies avaient été précédées d'une crise d'épilepsie jacksonienne. Le 24, pouls irrégulier, lent ; respiration de Cheyne-Stokes.

Moizard crut à un ramollissement lié à une artérite infectieuse de l'artère sylvienne. Après un traitement consistant en purgatifs, KI, et sangsues derrière l'oreille, les accidents rétrocédèrent rapidement, d'abord au bras, puis à la jambe; le 30 mars le malade était sur pied et le 10 avril complètement guéri.

Chez un enfant guéri d'une grave broncho-pneumonie rubéolique, alors que la fièvre avait disparu, survinrent après de la céphalalgie des convulsions limitées au bras gauche, qui se répétèrent trois jours de suite sans fièvre, albuminurie, ni paralysie. Après quelques jours de malaise, l'enfant était complètement guéri.

Dans ces deux cas, Moizard admet l'action de toxines sur les vaisseaux des centres moteurs du cerveau, et élimine l'idée de méningite ou de nervosisme. H. L.

G. MILIAN. Contribution à l'étude de la forme pleurétique du cancer du poumon (*Revue des mal. cancéreuses*, *II*, *p. 3*, *oct. 1896*).

Les cancers du poumon à forme pleurétique comprennent deux formes : forme pleurétique sans épanchement; forme pleurétique avec épanchement. La première forme est assez rare. On a tous les signes d'un grand épanchement alors que les ponctions restent blanches. Le thorax est déformé et montre un lacis veineux développé. Matité étendue, à siège paradoxal; abolition des vibrations et du murmure vésiculaire ; déplacement des viscères et surtout propagation des bruits du cœur dans toute la poitrine. Enfin, ganglions axillaires et sus-claviculaires. Le diagnostic se fera donc par exclusion de l'hypothèse d'un épanchement malgré les signes présentés par le malade et la reconnaissance du cancer, par la présence du lacis veineux, de l'hémoptysie, du retentissement des bruits du cœur, l'état cachectique du malade.

La forme pleurétique avec épanchement reconnaît différentes causes : la pachypleurite, le suintement sanguin des tissus périnéoplasiques fluxionnés, l'hémorragie venant des noyaux cancéreux directement. On peut distinguer deux types de cette forme. La pleurésie se déclare chez un individu manifestement cancéreux. La pleurésie n'a été précédée d'aucune lésion cancéreuse appréciable.

Les symptômes sont : les douleurs, la dyspnée, la déviation énorme et permanente du cœur, la propagation des bruits cardiaques, l'accélération du pouls, la nature du liquide et la reproduction rapide et persistante de l'épanchement hémorragique après thoracentèse. F. VERCHÈRE.

Edg. HIRTZ et Fr. LESNÉ. Epithélioma généralisé à toutes les parois de l'estomac chez une femme de 19 ans (*Méd. moderne, p. 481, 29 juill. 1896*).

Femme de 19 ans, ayant maigri depuis près de deux ans; douleurs épigastriques exaspérées par l'ingestion des aliments, laquelle est suivie de régurgitations, dues à un rétrécissement du cardia constaté avec la sonde; en raison des antécédents (chancre à 13 ans), on pense à un rétrécissement syphilitique de l'œsophage. Mort 4 mois après le début des douleurs épigastriques. A l'autopsie, œsophage normal; estomac à parois très épaisses, lardacées, d'apparence squirrheuse, de volume très diminué, pas d'ulcération de la muqueuse. A l'examen microscopique, épithélioma. GEORGES THIBIERGE.

PARISER. Ueber nervöse Leberkolik (*Berlin. klin. Woch., n° 19, p. 427, 11 mai 1896*).

Depuis 3 ans, P. a observé 7 cas d'hépatalgie. La névralgie du foie est donc une affection moins rare que mal connue et par là même souvent prise pour une colique hépatique calculeuse. P. a vu un cas de colique nerveuse du foie qui avait été opéré. Fürbringer a indiqué que, dans la névralgie, les douleurs les plus intenses sont localisées exactement au niveau du foie lui-même, tandis que, dans les calculs, il n'est pas rare que les douleurs irradiées soient plus pénibles. P. reconnaît la justesse de cette observation, bien qu'il y ait des exceptions. La durée du paroxysme varie de quelques minutes jusqu'à plusieurs heures. La fin de l'accès peut, dans la névralgie comme dans la colique calculeuse, être annoncée par des vomissements. Il peut aussi survenir de l'ictère dans l'hépatalgie. Ce qui caractérise la névralgie du foie, c'est la périodicité presque régulière des accès et, chez la femme, leurs rapports surtout intimes avec la menstruation. L'hépatalgie appartient au groupe des névroses viscérales de nature hystérique ou neurasthénique. Pour le traitement, c'est à l'extrait de chancre indien, administré 3 fois par jour, à la dose de 1 ou 2 centigrammes, que P. donne la préférence. J. B.

A. CHARPENTIER. La cirrhose saturnine (*Thèse de Paris, 1896*).

S'appuyant sur les travaux de Laffitte, l'auteur admet une cirrhose saturnine, se distinguant de la cirrhose de Laënnec.

Dans l'une de ses observations, il s'agit d'un peintre âgé de 50 ans, non syphilitique, non alcoolique, atteint plusieurs fois de coliques de plomb et, pour terminer, de cirrhose atrophique; pas d'ictère. Le foie était granuleux, dur; il pesait 950 grammes; cirrhose extra-lobulaire et intra-lobulaire. Rate hypertrophiée. Rein atrophié et granuleux. Cœur hypertrophié sans altération valvulaire.

Dans l'autre fait, on trouve l'atrophie hépatique (710 grammes) et l'hypertrophie splénique, mais il n'y a ni lésion cardiaque ni lésion rénale. Sclérose péri-lobulaire, péri-portale et péri-sus-hépatique. L. GALLIARD.

Armin HUBER. Beitrag zur Kenntniss der Enteroptose (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 11, p. 321, 1er juin 1895*).

Dans la splanchnoptose envisagée au point de vue clinique, ce sont la néphroptose et la gastroptose qui jouent le principal rôle.

Sur 64 cas de rein mobile reconnus par lui, Huber en compte 60 pour le droit, 1 pour le gauche et 2 pour les deux reins. Des 64 malades, 3 étaient des hommes. Sur les 61 femmes, 23 n'avaient jamais accouché. 9 étaient primipares et 3 seulement avaient un ventre pendant.

Parmi les 28 femmes qu'Huber a étudiées plus en détail, 24 avaient une gastroptose simultanée et 7 un foie abaissé ou offrant des sillons de constriction. Leurs plaintes étaient très uniformes : sentiment de pression douloureuse à l'épigastre, dépendant ou indépendant du manger, pyrosis, éructations, appétit capricieux, constipation opiniâtre, céphalalgie et insomnies ; en somme, des symptômes qu'on pourrait aussi bien rapporter à la dyspepsie nerveuse. 7 d'entre elles ne présentèrent jamais trace d'acide chlorhydrique libre dans leur suc gastrique, 11 en avaient une proportion normale, 10 une proportion exagérée. De plus, 12 des 22, notamment les 7 à acide chlorhydrique manquant, offraient de la paresse des mouvements stomacaux ; 1 enfin avait de l'acide lactique.

Aucun des cas qu'il a traités jusqu'ici, n'a paru à Huber nécessiter la néphropexie ; il lui a toujours suffi de faire porter une ceinture abdominale et de prescrire un régime approprié ; le séjour au lit et la cure d'engraissement lui ont bien réussi chez les malades débilitées et émaciées.

Depuis la rédaction de ce travail, Huber a encore pratiqué l'examen du suc gastrique chez 5 autres malades : chez 3, l'acide chlorhydrique faisait défaut, tandis que chez les 2 autres, il était en excès ; une seule offrait un affaiblissement (très marqué) de la motilité stomacale, en même temps que son estomac renfermait de l'acide lactique. J. B.

ODDO. Sable intestinal (*Soc. méd. des hôp., 19 juin 1896*).

Une femme de 50 ans, rhumatisante, et appartenant à une famille de goutteux, éprouva, depuis l'âge de 7 à 8 ans, des crises de douleurs intestinales survenant subitement, sans cause, et se terminant par des évacuations abondantes. La malade a la sensation du passage à travers l'anus d'une grande quantité de terre. Le sable se présente sous l'aspect de graviers allant du volume d'un grain de sable à celui d'une petite lentille, du jaune clair au gris noirâtre, à forme irrégulière, comme roulée ; l'analyse chimique après lavage donna : matières grasses, 28,50 0/0 ; matières fixes (phosphate de chaux, ammoniaco-magnésiens, etc.), 16 grammes 0/0 ; matières organiques, 65,5 0/0 ; substances volatiles, 10 0/0. Tardivement, il y eut émission de fausses membranes épaisses. H. L.

R. PORTE. Endocardite infectieuse au cours d'une appendicite (*Dauphiné méd., août 1896*).

Jeune homme de 26 ans. Surmenage et mauvaise hygiène depuis un an. Après quelques jours de malaise général apparaissent de la douleur dans

l'hypochondre droit, de la constipation, des vomissements, de l'agitation, du délire, de la fièvre, un état infectieux simulant une fièvre typhoïde.

Au bout d'une quinzaine de jours, symptômes de méningite et d'endocardite, auxquels le malade succombe.

L'autopsie révèle les lésions d'une méningite et d'une endocardite végétante infectieuses et d'un foyer purulent contenu dans l'appendice. L'appendicite a été primitive et l'endocardite secondaire. OZENNE.

COURMONT. Sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde (*Lyon méd., 13 sept. 1896*).

C. a employé la méthode de Widal (Voy. *R. S. M.* XLVIII, 543) et a obtenu une réaction positive dans 9 cas de fièvre typhoïde certaine, négative une fois dans 2 cas douteux.

C., et avec lui G. Roux, tout en admettant la valeur de cette réaction, contestent que ce soit un signe absolu. A. C.

HAUSHALTER. Séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde (*Presse méd., 30 sept. 1896*).

L'examen a porté sur 37 cas considérés comme fièvres typhoïdes. Dans 15 cas de fièvre classique en pleine évolution, la réaction agglutinative s'est montrée très nette ainsi que dans 4 cas où elle a été constatée au moment de la défervescence; dans 2 cas, elle s'est manifestée lentement au bout d'une heure et demie. L'agglutinement s'est montré dans 3 cas de convalescence. Sur 8 cas de typhoïdettes douteuses, la réaction fut positive 5 fois. Dans un de ces cas positifs, la réaction constatée le 2e jour après le début ne put l'être 6 jours plus tard, après la chute de la fièvre. Le pouvoir agglutinatif du sérum peut donc être très transitoire. Chez les jeunes enfants, la réaction fut nulle; l'évolution montra qu'il s'agissait de broncho-pneumonies. Dans un cas de fièvre typhoïde avérée, avec taches rosées, la réaction du séro-diagnostic manqua constamment. H. L.

WIDAL et SICARD. Recherches sur les propriétés agglutinative et bactéricide du sérum des convalescents de fièvre typhoïde (*Presse méd., 10 oct. 1896*).

Les recherches ont porté sur 16 convalescents, apyrétiques depuis un temps variant entre 19 jours et six mois; chez 2 malades ayant eu des fièvres légères, les auteurs assistèrent à la disparition complète de l'agglutination; chez d'autres, il était seulement atténué; un homme conservait la réaction très nette encore au bout de 6 mois. Si la dose de 1 goutte de sérum pour 10 de culture est insuffisante, on peut prendre 2 et même 3 gouttes chez des individus bien portants, 5 et même 10 gouttes de sérum laissent aux bacilles toute leur mobilité.

Des recherches comparatives sur les sérums de typhiques, de convalescents, de gens bien portants, ont montré que ces sérums ont une action bactéricide sur le bacille d'une manière si irrégulière qu'on n'en peut tirer aucune conclusion pratique. H. L.

VILLIÉS et BATTLE. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde (*Presse méd., 14 oct. 1896*).

La réaction de Widal a été obtenue dans tous les cas de fièvre typhoïde avérée. Le résultat a été négatif avec des affections diverses, en particulier chez deux paludiques retour de Madagascar. Chez un troisième paludique, dont la fièvre avait présenté, à Madagascar, un type quotidien, la réaction, trois fois essayée, a été constamment positive. Il s'est agi, sans doute, d'une infection typho-malarienne.

La réaction positive a pu être constatée dès le troisième jour chez deux malades, dès le quatrième jour chez un autre, à un moment, par conséquent, où le diagnostic clinique est impossible.

Il semble que l'intensité de la réaction, avec le sang des personnes ayant eu plus ou moins longtemps auparavant une fièvre typhoïde, soit moins en rapport inverse avec le temps écoulé depuis la dothiénentérie qu'en rapport direct avec la gravité qu'elle présenta.

Les observations montraient une réaction positive dans des cas qui ressemblaient plus à l'embarras gastrique qu'à la fièvre typhoïde. Comme pour confirmer le séro-diagnostic précoce porté, la clinique donnait chez les uns (*réaction positive*) une convalescence très lente, chez les autres (*réaction négative*), une convalescence brusque et de peu de durée. Si donc embarras gastrique et typhoïdette sont cliniquement identiques, au début et jusqu'à la défervescence, ils se distinguent nettement l'un de l'autre par l'allure de la convalescence. A. C.

THIROLOIX. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde (*Presse méd., 4 nov. 1896*).

Th. confirme l'exactitude du procédé de diagnostic de Widal. Sur 21 cas de fièvre typhoïde, la réaction du sérum s'est produite entre 10 et 20 minutes, tandis que 28 examens pratiqués chez des malades atteints d'affections variées ont toujours été négatifs. Dans 3 cas où la convalescence datait de 3, 7 et 8 mois, la réaction a été positive. Ce procédé permet, dans les cas incertains, de poser un diagnostic précis. A. CARTAZ.

DIEULAFOY, WIDAL et SICARD. Recherches sur la nature de la substance agglutinante et sa fixation sur les albuminoïdes du sang et des humeurs des typhiques (*Bulletin Acad. de méd., 29 sept. 1896*).

Les substances albuminoïdes, telles que le fibrinogène, la globuline ou la caséine, isolées des humeurs d'un typhique, enlèvent à la liqueur primitive la propriété agglutinante et la retiennent, au moins en partie. Elles l'abandonnent dans leur solution et la fixent de nouveau sur leur précipité.

La caséine, douée de la propriété agglutinante, la perd vers 72 à 75° lorsqu'on chauffe le lait ou la solution, bien que cette caséine ne soit pas précipitée. LEFLAIVE.

I.-S. KILDUCHEWSKI. Sur la courbe thermométrique de la fièvre typhoïde (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1896*).

En se basant sur 10,000 observations de l'hôpital des baraques de Saint-Pétersbourg de 1882 à 1891, l'auteur rejette le schéma de Wunderlich comme contraire à la réalité. Ce sont surtout les deux premières phases, la phase d'invasion et la phase d'état qui doivent être modifiées, la température s'élevant plus rapidement que ne l'a indiqué Wunderlich, et la persistance de la température au même niveau n'ayant pas lieu en réalité. Le plus souvent la marche de la température, dans la fièvre typhoïde, est la suivante : ascension rapide jusqu'au maximum le 2e ou 3e jour, puis, immédiatement après, tendance à l'abaissement, de sorte que l'aspect général du tracé est celui d'un « plan incliné » ; c'est cette ligne inclinée qui est la forme caractéristique de la courbe typhique. Cette forme s'observe, dans la fièvre typhoïde, dans 75 0/0 des cas, alors que dans les autres affections elle ne se rencontre que dans 7 ou 8 0/0 des cas. Réuni au caractère d'être « ondulé » (Botkine), le tracé en « plan incliné » est un signe de dothiénentérie aussi précieux que les taches rosées, la mégalosplénie, la diarrhée, etc. H. FRENKEL.

A. LAVERAN. Au sujet de l'hématozoaire du paludisme (*Acad. des Sciences, 4 mai 1896*).

De l'examen du sang de malades qui avaient contracté la fièvre palustre au Tonkin, au Dahomey ou à Madagascar, il résulte que le parasite est partout le même, et que l'unité du paludisme est incontestable à tous les égards. La pullulation plus rapide des parasites dans le sang, ou les dimensions un peu plus grandes qu'ils atteignent, suffisent à expliquer la gravité du paludisme dans les pays chauds. Dans le sang des malades provenant de Madagascar, on trouve que les corps amiboïdes, nombreux dans le sang, y ont des dimensions supérieures à la moyenne, conditions très favorables à la production des accidents graves, dits accès pernicieux. M. DUVAL.

BOISSON. La fièvre paludéenne biliaire hémoglobinurique (*Revue de méd., 10 mai 1896*).

L'hémoglobinurie de certaines fièvres paludéennes est liée à l'hémoglobinhémie résultant de la destruction massive des globules rouges. L'agent destructeur des globules rouges n'est autre que le plasmodium malariæ de Laveran. L'ictère qui, dans les cas intenses, accompagne l'hémoglobinurie, est un ictère hématique; l'hémoglobinurie et, comme corollaire, l'hémiglobinhémie, résultent à la fois de la destruction massive d'une forte proportion d'hématies par les hématozoaires, et surtout de l'insuffisance fonctionnelle de la rate et très probablement aussi des autres tissus, tels que la moelle osseuse; tissus auxquels la physiologie attribue un rôle dans l'élaboration des déchets globulaires. C. GIRAUDEAU.

A. CHAUFFARD et F. RAMOND. Des adénopathies dans le rhumatisme chronique infectieux (*Revue de méd., 10 mai 1896*).

Dans 7 cas de rhumatisme articulaire, C. et R. ont observé de la tuméfaction des ganglions situés au-dessus des articulations malades, douloureux soit spontanément, soit à la pression, et subissant les mêmes exacerbations douloureuses que les jointures. Au moment des poussées, certains d'entre eux atteignaient le volume d'une noix et roulaient sous le doigt sans empâtement ni péri-adénite appréciable.

Presque chez tous les malades, on relevait dans les antécédents quelque maladie infectieuse, à laquelle on pouvait rattacher le rhumatisme chronique. Cependant, les examens bactériologiques pratiqués soit à l'aide du liquide intra-articulaire, retiré par ponction, soit à l'aide de fragments ganglionnaires enlevés aseptiquement, ont été à peu près négatifs.

La médication qui a paru donner les meilleurs résultats consistait en l'administration de teinture d'iode à l'intérieur, à la dose de 100 gouttes par jour pendant longtemps. C. GIRAUDEAU.

MACLAGAN. Rheumatism, its nature, its pathology and its successfull treatment (*Londres, 1896*).

Ce livre est la seconde édition d'un ouvrage publié en 1881. Après un rapide exposé clinique, l'auteur étudie la pathogénie du rhumatisme aigu.

La théorie de l'acide lactique repose sur les principes suivants : le rhumatisme aigu s'accompagne d'une production exagérée d'acide lactique dans l'économie, et, à ce point de vue, nulle autre maladie ne lui est comparable; les injections d'acide lactique aux animaux produisent des désordres qui rappellent ceux du rhumatisme ; l'administration à l'homme provoque des accidents analogues. L'auteur n'a pas de peine à montrer les points faibles de cette doctrine.

La théorie nerveuse ne le satisfait pas davantage.

On ne peut classer le rhumatisme parmi les maladies contagieuses. Il faut donc le considérer comme une affection miasmatique et l'assimiler à la malaria ; même survenance dans certaines localités, pendant certaines saisons, chez certains individus prédisposés ; même irrégularité d'allures ; même défaut de contagiosité ; mêmes sueurs ; même surcharge uratique de l'urine; mêmes récidives, même subordination à certains remèdes spécifiques (quinine, acide salicylique). L'auteur attribue donc le rhumatisme à un poison malarien, à un parasite qui reste à déterminer.

Parmi les complications, Maclagan décrit avec soin la myocardite et donne les résultats de deux autopsies : diminution de la striation des fibres cardiaques, état granuleux de ces fibres. La myocardite peut se montrer isolément, sans endo-péricardite ; elle n'est pas inséparablement liée à l'hyperthermie ; elle peut causer la mort subite sans s'être annoncée par aucune manifestation préalable.

Pour conjurer les complications cardiaques et cérébrales, il faut prescrire de bonne heure le salicylate de soude. L. GALLIARD.

L. SOUVESTRE. Contribution à l'étude des rapports de la diphtérie animale avec la diphtérie humaine (*Thèse de Paris, 1896*).

Si la diphtérie des animaux présente, au point de vue clinique, des ressemblances avec la diphtérie humaine, ces deux maladies se sont toujours montrées jusqu'ici différentes au point de vue bactériologique, quelle que fût l'espèce animale atteinte.

Les faits tendant à démontrer la transmission possible de la diphtérie des animaux à l'homme sont nombreux, mais la plupart sont discutables, car ils manquent de la sanction bactériologique. Seul, jusqu'à présent, le fait de Loir et Ducloux semble montrer, avec examen microbiologique à l'appui, que le bacille de la diphtérie des poules peut donner lieu à une angine pseudo-membraneuse chez l'homme.

Quelques observations prouvent que la diphtérie humaine peut être transmise accidentellement aux poules, aux chats, aux pigeons et peut-être à d'autres animaux. Ces animaux contractent ainsi une affection pseudo-membraneuse qui, à nouveau, peut être transmise à l'homme, mais dans ces cas, ce n'est pas une diphtérie animale, mais une diphtérie humaine qui a été transmise à l'homme après passage par l'organisme d'un animal. H. BOURGES.

I. — HERZ. Onychographie (*Wiener med. Presse, 22 mars 1896*).

II. — Le même. Nagelpulse (*Wiener med. Woch., 15 août 1896*).

I et II. — H. fait connaître quelques-uns des résultats obtenus par lui avec son onychographe, instrument qui mesure la pression des vaisseaux unguéaux, pouls unguéal, comme le sphymographe celle de la radicale, donnant le nom d'onychogramme à son enregistrement graphique, à sa courbe. Dans la respiration forcée, on note une chute de toute la courbe, le pouls disparaît. La chaleur dilate, le froid contracte les petits vaisseaux, ce que traduit fidèlement la courbe. Au cours de l'ictère, l'onychogramme marque un pouls très fort, ce qui répond au symptôme décrit par Drasche de la visibilité du pouls capillaire dans cette affection. Dans le frisson (malaria), les petits vaisseaux sont si fortement contractés que les oscillations pulsatrices du pouls unguéal disparaissent totalement.

Dans l'insuffisance mitrale, le pouls unguéal tombe absolument. La sclérose de l'arc aortique et des grosses artères se traduisent par de grandes pulsations unguéales, parfois plus grandes que celles du pouls sphymographique. Chez les individus nerveux, le volume des petits vaisseaux oscille rapidement et dans une grande étendue, ce qui donne à l'onychogramme une figure toute particulière. CART.

FRÄNKEL. Ueber den gegenwärtigen Stand..... (État actuel de la connaissance de la nécrose du tissu adipeux) (*Münch. med. Woch., p. 813 et 844, 1er et 8 sept. 1896*).

La symptomatologie de la nécrose adipeuse varie suivant sa localisation. C'est lorsqu'elle atteint les masses adipeuses intra-abdominales

qu'elle est la plus intéressante. Dans ces cas, les erreurs diagnostiques ne sont pas rares. Le plus souvent, elle est confondue avec l'iléus aigu, en raison des symptômes de collapsus qui l'accompagnent. Elle a pu aussi être confondue avec le choléra, les empoisonnements, les simples coliques et la colique hépatique. D'autres fois, elle simule la perforation de l'estomac. Les signes positifs sont les suivants : si chez un obèse on trouve à l'épigastre une tumeur fluctuante, disparaissant à la suite de coliques violentes, suivies de diarrhée profuse et se reproduisant éventuellement après quelque temps, on doit penser à la possibilité d'une nécrose adipeuse. C. LUZET.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

I. — Paul RUGE. Zur Behandlung des Pruritus vulvae (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 18, p. 391, 4 mai 1896*).

II. — Discussion de la Société de gynécologie de Berlin (*Ibid.*, *n° 25, p. 569, 22 juin 1896*).

I. — Sans nier l'existence du prurit vulvaire purement nerveux, Ruge déclare n'en avoir pas rencontré. Pour lui, à part quelques cas liés à une affection générale, le prurit de la vulve est toujours le produit d'une irritation locale, la conséquence d'une affection des parties génitales externes, du vagin ou du col utérin ou même, comme B.-S. Schultze l'a montré (*R. S. M.*, XLV, 158), d'une endométrite. L'insuccès des traitements locaux tient, d'après Ruge, à ce qu'on n'a pas pris assez soin d'assurer une propreté absolue des parties malades. Il n'est pas nécessaire de raser les poils, qui servent à protéger la vulve contre les irritations, mais il faut savonner avec les doigts (et non avec la brosse) la vulve, le vagin, le museau de tanche et l'intérieur du col, puis laver toutes les parties à fond avec du sublimé ; enfin on enduit de pommade (vaseline phéniquée à 3 ou 5 0/0) la vulve. La même série d'opérations doit être recommencée par le médecin tous les 3 ou 4 jours. Depuis des années, Ruge traite de cette façon, avec le plus grand succès, tous les prurits vulvaires. Il préconise la même médication pour la blennorragie féminine récente, seulement il faut la répéter quotidiennement.

II. — *Martin* est tout à fait partisan du traitement de Ruge, mais il y ajoute le rasage des poils et emploie la fleur de soufre.

Flaischlen a noté aussi les excellents effets du procédé de Ruge, surtout quand on le fait suivre de cautérisations avec une solution de nitrate d'argent à 20 0/0.

Gloeckner recourt à la solution de sulfate de zinc au centième, puis à la pommade à l'aristol à 10 0/0.

Gottschalk recommande la pommade au thyménol à 10 0/0 et celle à la cocaïne et au menthol contre les démangeaisons. Chez maintes femmes

enceintes, le prurit n'est qu'un symptôme local d'une névrose générale de la grossesse, car les démangeaisons sont étendues à toute la surface du corps.

Olshausen croit que le plus grand nombre des prurits vulvaires est dû au diabète; un plus petit nombre à une affection vaginale; enfin, dans des cas encore plus rares, à une névrose. (*R. S. M.*, III, 214; XIV, 603; XL, 187; XLII, 189, et XLIV, 558.) J. B.

I. — R. CONDAMIN. De la douglassite (*Lyon médical, 27 sept. 1896*).

II. — HUSSENSTEIN. La douglassite essentielle (*Thèse de Lyon, 1896*).

I. et II. — C. et son élève H. désignent sous ce nom l'inflammation de la cavité de Douglas, qui diffère de la paramétrite postérieure de Schultze, car elle peut exister sans lésion annexielle. Parmi les symptômes caractéristiques, il faut signaler la douleur des lombes, la défécation douloureuse, la dyspareunie, les troubles dysménorréiques. Contre la douglassite essentielle, on pratiquera le massage ou la columnisation; si les adhérences résistent, il faudra les détacher par laparotomie et fixer l'utérus par une hystéropexie abdominale antérieure; ce qui ne dispensera pas de modifier les brides cicatricielles, les rétractions par le massage ultérieur. A. C.

E. CASTAN. Les hémorragies et l'hématocèle pelviennes intra-péritonéales (*Gaz. des hôp., 11-18 juill. 1896*).

En ce qui concerne le traitement de ces hémorragies, Castan a noté, d'après l'analyse de 531 observations :

11 cas, trouvailles d'autopsie.
6 cas, sans mention du résultat opératoire.
86 expectations avec 15 0/0 de survie.
79 laparotomies d'urgence avec 84 0/0 de survie.
82 laparotomies précoces avec 82,5 0/0 de survie.
114 laparotomies retardées avec 89,6 0/0 de survie.
73 laparotomies tardives avec 80,5 0/0 de survie.
6 colpotomies précoces avec 66,6 0/0 de survie.
63 colpotomies secondaires avec 99,9 0/0 de survie.
5 hystérectomies abdominales avec 80 0/0 de survie.
6 hystérectomies vaginales avec 50 0/0 de survie. OZENNE.

DUPOUY. Pathogénie des hémorragies para-utérines sous-péritonéales (*Thèse de Paris, 1896*).

La richesse vasculaire veineuse de l'appareil génital de la femme l'expose, dès qu'une infection quelconque s'est montrée, à subir des altérations qui le rendent friable et expliquent la déchirure des parois veineuses et, par suite, les hémorragies qui en proviennent. L'infection primitive disparaît, mais les vaisseaux, veines et artères restent malades : phlébite ou artérite chroniques. D'où le varicocèle pelvien. Des grossesses répétées ou rapprochées, des avortements, des excès vénériens, peuvent

jouer le même rôle. Les effets de ces lésions sur les organes voisins, utérus, ovaire, trompes, sont ceux de l'inflammation chronique, caractérisée par les deux phases d'œdème et de sclérose. L'auteur ajoute que dans certaines circonstances, les lésions ainsi produites permettent à l'ovule fécondé de s'arrêter et de se développer en d'autres points qu'au siège normal. Grossesse extra-utérine dont la rupture est l'origine d'hémorragies. Ces faits constituent les 99/100es des cas.

Quant à la localisation de l'épanchement en dehors de la séreuse, elle est due à des raisons anatomiques, au siège de la rupture qui en a été la source. En un mot, pour l'auteur, les lésions vasculaires dominent toute la pathogénie des hémorragies para-utérines sous-péritonéales. F. VERCHÈRE.

P. PICHEVIN et Aug. PETTIT. Leucoplasie vaginale (*Congrès de gyn. Genève, Ann. de gyn., sept. 1896*).

2 observations avec examen histologique détaillé des lésions présentant deux stades d'évolution différentes de l'affection.

La leucoplasie vaginale constitue une entité pathologique distincte. La dégénérescence épithéliomateuse des plaques blanches n'est pas un accident, mais un stade évolutif avancé de la lésion.

Elle diffère des vulvo-vaginites et du kraurosis vulvœ, qui sont caractérisées par l'infiltration de la couche cornée, par des leucocytes, des boules hyalines, une inflammation chronique du derme. (Voy. *R. S. M.*, XLVIII, 168.) PORAK.

HOLMAN DE VILLIERS et THÉRÈSE. Altérations épithéliales du col utérin (*Congrès de gyn. Genève, Ann. de gyn., sept. 1896*).

Examen histologique d'une plaque blanche existant au niveau du col utérin. Elle n'avait aucune relation avec l'affection désignée sous le nom de « Kraurosis vulvœ ».

Elle était constituée par une véritable couche cornée, reposant sur une couche de Malpighi épaisse dont les éléments sont, de place en place, groupés en une sorte d'évolution inodulaire, suivant une disposition qui donnait bien l'impression des premières phases de l'épithélioma perlé ou d'un cancroïde. Il n'existait pas le moindre envahissement des tissus sous-jacents par des éléments épithéliaux. L'état général de la malade était excellent. PORAK.

VAUTRIN. Des collections séreuses pelviennes (*Bulletin méd., 1er nov. 1896*).

Il en existe 2 catégories : les unes, développées au voisinage d'utérus ou d'annexes malades, au milieu d'exsudats de périmétro-salpingite, ont une marche chronique et silencieuse ; les autres, pelvipéritonites séreuses, se rencontrent sous forme d'épanchements soudains, d'allure aiguë, et peuvent être très considérables; elles succèdent souvent à une génitalite gonococcienne et présentent des symptômes de péritonite aiguë localisée au bassin. Comme traitement, l'auteur préconise l'incision vaginale postérieure avec ou sans l'élytrotomie antérieure et l'élytrotomie postérieure suivant la hauteur occupée par l'épanchement. OZENNE.

BOUILLY, SÄNGER. Le traitement des suppurations pelviennes (*Cong. obst. et gyn Genève, Semaine gén., 8 sept. 1896*).

Bouilly insiste d'abord sur la nécessité de bien établir le siège des suppurations pelviennes, dont il reconnaît quatre types : abcès du tissu cellulaire péri-utérin ; abcès des trompes ou des ovaires ; abcès péritonéaux primitifs ; suppurations complexes.

Chacune de ces suppurations présente une évolution souvent spéciale, qu'il importe de bien connaître, car de cette étude dépend le choix du procédé opératoire.

Les trois grandes méthodes de traitement de ces suppurations sont l'incision simple, suivie de drainage, l'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par la laparotomie, l'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par le vagin, avec hystérectomie.

L'incision avec drainage est la méthode de choix, si la poche est unilatérale, à paroi peu épaisses, facilement fluctuable et bas située. Surtout indiquée dans les suppurations aiguës de la trompe ou de l'ovaire, elle donne de bons résultats immédiats et fréquemment la guérison.

Quant à la laparotomie et à l'hystérectomie vaginales, ces méthodes ont, chacunes d'elles, leurs indications et leurs avantages. La première sera pratiquée si la lésion est unilatérale, s'il y a incertitude sur la nature de cette lésion et si la collection est haut située.

En dehors de ces cas, on aura recours à l'hystérectomie vaginale, qui peut faire tout ce que ferait la laparotomie et qui permet d'atteindre des lésions contre lesquelles cette dernière est impuissante.

Sænger pose en principe la distinction bien nette des différentes suppurations pelviennes et l'obligation de choisir l'intervention la plus conservatrice possible ; il passe en revue les indications des procédés opératoires vaginaux et abdominaux, intermédiaires aux opérations conservatrices et aux opérations radicales, discute longuement la question de l'opération radicale, par voie vaginale, ainsi que la question de l'emploi des pinces au lieu des ligatures, et, après avoir rappelé les avantages et les inconvénients du drainage, il conclut en affirmant que les statistiques, actuellement connues, ne permettent pas de proclamer la supériorité de l'une des opérations radicales sur l'autre.

Howard *Kelly* fait l'exposé détaillé des quatre méthodes opératoires, en indiquant dans quels cas elles doivent être employées ou rejetées et quels résultats elles donnent.

Henrotin, partisan de l'hystérectomie vaginale ou de la laparotomie, quand les lésions sont bilatérales, sans localisation précise, et d'après leur siège, défend énergiquement l'incision vaginale avec drainage dans les autres cas. Cette pratique lui a donné 90 0/0 de guérisons, si la maladie est récente et 15 0/0, si elle est ancienne.

Richelot ne considère comme justiciables de l'incision vaginale que les cas aigus de la période puerpérale et quelques foyers simples. La laparotomie est une méthode de conservation chez les femmes jeunes ; quant à l'hystérectomie vaginale, c'est la méthode de choix contre les suppurations pelviennes. Sur 307 opérations, les morts mises à part (15), la guérison a été parfaite, sans réserve.

Hartmann estime qu'un certain nombre d'inflammations annexielles ou

péri-annexielles guérissent par le traitement médical. Mais, en général, il faut intervenir ; c'est ce que l'auteur a fait dans 167 cas, parmi lesquels il compte 8 morts. Ces opérations se décomposent en 104 cœliotomies, 39 hystérectomies vaginales et 23 colpotomies postérieures. Hartmann considère la voie abdominale comme moins grave que l'hystérectomie vaginale.

Delagenière préconise la castration abdominale totale dans certains cas de suppurations pelviennes, non justiciables de la méthode vaginale. 8 castrations, 2 morts. Résultats définitifs excellents.

Péan a pratiqué 350 hystérectomies vaginales avec 4 0/0 de mortalité opératoire. Comme résultats définitifs, il a noté 31 cas défavorables, 11 fois des accidents momentanés dus à l'opération, 10 morts quelques jours après celle-ci et 10 morts dans les deux ou trois années qui l'ont suivie.

Reynier, tout en étant éclectique dans le choix de l'intervention, est partisan de la voie abdominale dans un très grand nombre de cas. De sa statistique, portant sur 212 interventions (incisions, hystérectomies et laparotomies) dont les suites sont indiquées, l'auteur conclut que la laparotomie lui paraît le plus souvent indiquée.

Henrotay, d'après l'examen de 150 cas de salpingo-ovarite, estime que la blennorragie est le facteur étiologique principal des affections suppurées des annexes. Le traitement médical doit d'abord être essayé chaque fois que cela est possible. En cas d'échec, il a recours à la castration totale avec fermeture de la voûte vaginale et du péritoine pelvien.

Laroyenne reste partisan du large débridement vaginal, pratiqué suivant sa méthode. Cette opération conservatrice ne fait pas courir les risques d'une laparotomie ou d'une hystérectomie et est tout aussi efficace.

Mangin, tout en reconnaissant que la laparotomie et l'hystérectomie doivent être pratiquées dans certaines circonstances, donne ses préférences à l'incision vaginale. Sur 780 infections péri-utérines, 226 fois seulement il a eu recours à une intervention (157 opérations conservatrices) ; toutes les autres malades ont guéri par le traitement médical.

Doléris soutient tout d'abord que le traitement des suppurations pelviennes se confond avec le traitement des inflammations pelviennes. On doit procéder du simple au composé, des procédés bénins et conservateurs aux procédés de destruction. Il constate que l'enthousiasme pour les opérations radicales diminue de jour en jour et que la tendance conservatrice s'accentue de plus en plus.

Sabino *Coelho* proclame la supériorité de la colpotomie antérieure. Sur 12 malades, opérées de cette façon, il compte 12 succès sans accidents.

Duret a fait 75 hystérectomies vaginales, dont 7 suivies de mort dans des cas compliqués et graves. Parmi ces derniers, il insiste sur deux affections d'un caractère particulier, les suppurations multiples et diffuses et les processus fibreux.

OZENNE.

AUVARD. De la dilatation de l'utérus (*Arch. de gyn. et de tocol., janv. 1896*).

Partisan de la dilatation préalable avec la laminaire pour la petite dilatation du col, la gaze et les bourdonnets pour la grande dilatation, il termine la dilatation à l'aide d'instruments métalliques avant de pratiquer le curetage. Observations à l'appui. PORAK.

C. LEDER. Dix-huit mois de pratique de massage gynécologique (*Arch. de gyn. et de tocol., janv., fév., mars et avril 1896*).

La pratique du massage employée est celle de Thüre Brandt. Ce traitement indiqué dans la plupart des affections utérines ne doit pas être tenté dans le cas de grossesse, dans la période aiguë des inflammations du petit bassin, dans l'hémorragie, dans les maladies générales qui demandent un repos complet de l'organe, dans la tuberculose et dans la gonorrhée chronique. Il est nécessaire de se reporter à l'ouvrage lui-même pour consulter les considérations qui se rapportent à l'historique, aux principes généraux de massage gynécologique, aux règles générales et spéciales du traitement, à la technique du massage, à l'étude de l'action congestionnante et décongestionnante de la gymnastique. Le massage possède une action curative remarquable dans les déviations de l'utérus, qu'elles soient accompagnées, comme c'est la règle, ou non de métrite ou de périmétrite. Sur 8 cas d'antédéviation, dont 2 avec antéflexion et 2 latérodéviations, 7 fois on a constaté la guérison, 1 fois une amélioration notable; dans 2 cas, la grossesse est survenue au cours du traitement.

L. rapporte 110 observations assez dissemblables de rétroversion et une observation de latérodéviation d'origine probablement inflammatoire; il cite l'opinion des auteurs, mais il ne conclut pas en ce qui regarde sa pratique.

Sur les 4 cas de prolapsus utérin, 3 fois il était dû au relâchement des ligaments et compliqué de rétrodéviation adhérente et d'annexite, 1 fois compliqué d'anterversion; il était toujours incomplet; 2 fois il y eut guérison; les 2 autres fois la grossesse survint au cours du traitement.

Dans 7 cas de salpingo-ovarite, le massage a permis à L. de poser les conclusions suivantes : le traitement contre-indiqué dans la période aiguë ou subaiguë de la maladie peut atténuer d'une façon notable l'état subjectif de la malade, les douleurs et les troubles réflexes divers; il fait disparaître l'œdème, les adhérences, les brides cicatricielles; il permet d'obtenir la décongestion des organes, l'évacuation du contenu de la trompe. Les kystes de l'ovaire peuvent aussi, non pas être guéris, mais être arrêtés dans leur évolution.

L'action décongestive du massage fournit une indication du traitement dans les métrorragies et dans la dysménorrhée, auxquelles on peut ajouter les troubles de la miction. Ce sont des complications très fréquentes de toutes les affections utérines. Le bon résultat dépend davantage du massage même de l'utérus que des mouvements gymnastiques auxquels Thüre Brandt attachait cependant beaucoup d'importance.

Dans la cystite et les troubles urinaires, le massage est mal supporté.

La constipation est une complication des plus communes des affections

génitales. Le massage a l'influence la plus manifeste sur son traitement soit par son action sur la lésion utérine elle-même, soit en excitant les fibres musculaires de l'intestin.

Les complications survenues dans le cours de la grossesse, les douleurs péri-utérines et en particulier les vomissements incoercibles ne constituent pas une contre-indication à cette thérapeutique. 3 observations semblent justifier cette conclusion. Il en est de même dans les cas d'involution irrégulière de l'utérus après l'accouchement.

L'auteur préconise encore la massothérapie dans certains cas de névralgies, de neurasthénie et de douleurs consécutives à certaines opétions comme l'ovariotomie. PORAK.

P. BERGER. Hernies vaginales et vagino-labiales (élytrocèle et pudendal hernia) (*X° Cong. franç. de chir., p. 35, 1896*).

1° Jeune fille de 18 ans, bien constituée. Depuis plusieurs mois, tuméfaction de la grande lèvre gauche, offrant les caractères suivants : à la partie postérieure de cette lèvre, grosseur du volume d'une noix et s'étendant jusqu'à la fourchette; molle et se réduisant avec gargouillement, elle gonfle et se tend dans les efforts. L'anneau inguinal est libre; le doigt placé sur l'orifice inguinal externe n'est pas soulevé par la grosseur, quand, réduite, elle se reproduit.

Lorsque cette hernie est réduite, on sent profondément un orifice étroit, situé contre la face externe de l'ischion entre cet os et le constricteur du vagin. Le doigt appuyé sur cet orifice empêche la hernie de ressortir; en soulevant légèrement le doigt et en engageant la malade à tousser, on sent la hernie sortir par l'orifice en question avec un bruit de gargouillement.

En introduisant le doigt dans le rectum (l'hymen s'opposant au toucher vaginal) et en l'appuyant légèrement sur l'ischion du côté gauche, on sent très bien, avec ce doigt, la hernie rentrer en produisant une sorte de frôlement, quand on la réduit; ressortir avec le même phénomène, quand la jeune fille fait effort. Quand la hernie est réduite, en appuyant fortement le doigt en avant du rectum, de manière à comprimer contre la face interne de l'ischion la cloison recto-vaginale, on empêche absolument la hernie de descendre.

2° Femme de 34 ans. Trois grossesses, dont la dernière datant de 5 ans. Depuis deux années, symptômes de prolapsus génital. A l'examen des parties génitales, lorsque la malade a marché ou fait des efforts, on constate une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule sortant par l'orifice vulvaire. Cette tumeur, globuleuse, qui se gonfle et se tend à chaque effort, est formée par la paroi postérieure du vagin; derrière elle apparaît le col utérin qui arrive jusqu'à l'orifice vulvaire, sans le franchir.

En saisissant à pleine main et en comprimant ce prolapsus, on le sent diminuer de tension puis de volume, sans que la paroi rentre ni que l'utérus remonte. On n'a bientôt plus sous les yeux qu'un repli flasque pendant hors de la vulve et au travers de laquelle on peut facilement la refouler. La réduction complète du prolapsus utérin et du prolapsus vaginal s'obtient alors sans difficulté. Pendant que les pressions font diminuer la tumeur il arrive quelquefois de percevoir un bruit de gargouillement et les doigts peuvent sentir des parties souples et mobiles, semblables aux anses intestinales et à l'épiploon, qui remplissent un sac herniaire.

Le toucher rectal démontre qu'il ne s'agit pas d'une rectocèle et l'exploration suivante prouve que l'on a bien affaire à un prolapsus du cul-de-sac de Douglas : en refoulant l'utérus le plus haut possible et en le maintenant réduit avec un tampon, si la malade fait des efforts soutenus, on voit la partie pos-

térieure du vagin bomber, se tendre et former une tumeur globuleuse, qui occupe toute l'étendue de cette paroi et dans laquelle on perçoit le frôlement des anses intestinales ou de l'épiploon. Il s'agit donc bien d'un prolongement du cul-de-sac de Douglas, s'étendant entre le vagin et le rectum jusqu'au périnée et donnant lieu à une hernie vaginale postérieure.

Cette variété de hernie, constituée par la paroi postérieure du vagin tout entière et par un diverticule péritonéal, où s'introduit l'intestin, diffère de cette autre hernie vaginale, qui présente un pédicule et un sac péritonéal complet, communiquant par un orifice bien circonscrit avec le cul-de-sac péritonéal recto-vaginal. Dans ce dernier cas, c'est à l'opération de la cure radicale qu'il faut avoir recours.

S'il s'agit, au contraire, de la première variété de hernie, il faut, comme l'a fait Berger avec succès sur sa malade, pratiquer l'hystéropexie abdominale antérieure et une colporraphie postérieure. Ces deux opérations associées remédient aux symptômes désagréables et gênants. OZENNE.

G. BOUILLY. Le traitement des prolapsus génitaux (*10e Cong. franç. de chir., p. 583, 1896*).

Dans un excellent rapport, B. étudie les causes du prolapsus, ses variétés. Au point de vue des indications opératoires, on peut distinguer deux grandes variétés : 1° le prolapsus des parois vaginales, sans abaissement de l'utérus ou avec un abaissement très faible ; 2° les prolapsus totaux. L'allongement hypertrophique sus-vaginal du col forme une classe à part puisqu'il n'y a pas de prolapsus proprement dit.

B. étudie ensuite les divers procédés opératoires, discute leurs indications d'après les statistiques les plus récentes. Il publie à cet égard sa statistique personnelle comprenant 22 périnéorraphies pour déchirure complète du périnée, 20 colpopérinéorraphies avec amputation élevée de col, 58 colporraphies antérieures et colpopérinéorraphies dans la même séance et 131 colpopérinéorraphies.

Les meilleurs résultats sont fournis par les déchirures complètes, l'intervention ayant lieu avant que le prolapsus soit trop prononcé ; puis par les opérations plastiques combinées avec les amputations du col. Les succès s'élèveraient, pour la colporraphie et les colpopérinéorraphies, à 90 0/0.

Péan n'emploie que les pessaires dans le prolapsus de l'utérus simple ou accompagné de cystocèle et de rectocèle. S'il y a déchirure totale du périnée, il faut recourir à la colpopérinéorraphie avec avivement vaginal plus ou moins élevé suivant le degré de relâchement des tissus. En cas d'hypertrophie sus ou sous-vaginale du col, l'amputation de ce dernier est nécessaire et, s'il y a métrite avec salpingo-ovarite, la castration totale doit être pratiquée.

Richelot, considérant que les prolapsus surviennent chez les arthritiques et commencent par celui du vagin, estime que leur traitement doit consister dans l'ablation de l'étoffe exubérante, le rétrécissement du conduit et la réfection du périnée. Rejetant l'opération de Le Fort, les différentes fixations du vagin, l'hystéropexie et l'hystérectomie vaginales, Richelot préconise une large résection des parois vaginales, c'est l'acte fondamental. Suivant les cas on ajoutera l'amputation du col et les fixa-

tions diverses du vagin ou de l'utérus comme actes complémentaires.

Schwartz a pratiqué 70 opérations pour prolapsus non compliqués; dans une vingtaine de cas la colpopérinéorraphie a suffi; chez les autres malades il a combiné le curetage, l'amputation du col, l'élytro ou la colpopérinéorraphie.

Si le prolapsus est compliqué de tumeur, hystérectomie vaginale. S'il y rétrodéviation, Alexander ou hystéropexie combinées avec la colpopérinéorraphie. Lorsque le prolapsus est très prononcé sans hypertrophie de l'utérus, l'hystérectomie totale vaginale est indiquée, sauf chez les sujets à tissus relâchés avec vitalité amoindrie; dans ces cas, les pessaires et les ceintures à support sont préférables.

J. Bœckel ne pratique l'hystérectomie vaginale, avant la ménopause, que si les opérations plastiques ont échoué ou s'il y a irréductibilité. Il y joint la colpopérinéorraphie après la ménopause, l'hystérectomie vaginale n'est plus contre-indiquée même à un âge avancé (une opérée de 80 ans).

Routier a essayé tous les procédés opératoires; dans la majorité des cas les colpopérinéorraphies suffisent avec ou sans amputation du col. L'hystérectomie est un procédé d'exception. L'emploi des pessaires, précédé d'une périnéorraphie, remédie fréquemment aux accidents.

Gérard Marchant rapporte deux observations d'incontinence d'urine traitée et guérie par la colpopérinéorraphie.

Delbet conseille de fixer le vagin et l'utérus en bonne position par le procédé suivant. Par une incision médiane antéro-postérieure et une incision transversale au niveau du cul-de-sac antérieur de l'utérus, on taille dans la cloison vésico-vaginale deux lambeaux triangulaires à base postérieure. Puis on soulève le col de l'utérus, on ouvre le cul-de-sac postérieur et on fait l'hystérectomie vaginale en pratiquant sur chaque ligament large des ligatures en chaîne qui épargnent les ligaments ronds. Ces ligaments sont attirés à la partie antérieure de la surface vaginale cruentée vers le méat urinaire et on les fixe en les comprenant dans la suture des deux lambeaux. On complète l'opération par une périnéorraphie. OZENNE.

I. — Ueber Vaginofixation..... Discussion de la Société de gynécologie de Berlin (*Berlin. klin. Woch., p. 403, 4 mai 1896*).

II. — Paul RISSMANN. Ueber peritoneale Plastik mit besonderer Berücksichtigung der Vaginofixation (*Ibid., p. 650, 20 juill. 1896*).

I. — *Bökelmann*, *Flaischlen*, *Veit* s'accordent pour trouver que Dührssen et Mackenrodt étendent trop les indications de l'hystéropexie et se montrent trop défiants à l'égard des pessaires.

Olshausen reste partisan de l'hystéropexie vaginale, malgré le discrédit qu'elle doit à la fois à l'abus qu'on en a fait et à ce qu'on a voulu fixer la totalité de la paroi utérine antérieure. Pour lui, le point de suture le plus élevé est à 2 centimètres, au plus, au-dessus de l'orifice interne du col, et il fait des sutures perdues en fil de ver à soie; de cette façon, l'incision du péritoine devient inutile.

Martin estime très rares les indications de cette opération quand on a

affaire à des rétroflexions non compliquées, car les troubles qu'elles entraînent cèdent en général à l'application d'un pessaire. Il considère l'hystéropexie vaginale comme le complément nécessaire de l'opération du prolapsus. Au surplus, il ne la pratique guère que comme temps ultime de la colpotomie antérieure. Pour les sutures, il emploie le catgut et fixe habituellement la face antérieure de l'utérus à 2 ou 3 centimètres au-dessous de son fond, mais il n'hésite pas à fixer ce fond lui-même quand l'ablation de myomes siégeant à ce niveau entraîne quelque perte de substance du tissu utérin. La rareté des grossesses chez ses opérées tient à la pelvipéritonite qui a été le plus souvent le motif déterminant de son intervention.

Keller a été amené, par les résultats peu satisfaisants qu'il a obtenus de la vagino-fixation, à faire une étude minutieuse de la statistique opératoire de Dührssen qui l'a conduit à des conclusions tout autres que celui-ci. Tandis que Dührssen annonce 71 0/0 de guérisons durables, Keller a calculé qu'en fait, un an après l'opération, il n'y avait que 55 0/0 de guérisons et 45 0/0 de récidives. Aussi K., abandonnant l'hystéropexie, a-t-il maintenant recours, contre les réflexions mobiles, à l'opération d'Alexander et d'Adams.

Dürhssen déclare ne pas avoir renoncé à tenter le traitement par les pessaires là où il est indiqué. Sur ses 148 hystéropexies vaginales intrapéritonéales, il ne compte qu'une récidive. Quant à la solidité des adhérences séro-séreuses, elle est amplement démontrée contrairement aux résultats expérimentaux de Rissmann (voy. ci-dessous), par les faits cliniques tels que les nombreuses hystéropexies de Dührssen par son ancienne méthode sans ouverture du péritoine. Celle-ci guérit aussi sûrement les rétroflexions mobiles que sa nouvelle méthode, les rétroflexions fixes. Olshausen continue à pratiquer l'ancienne méthode à laquelle D. ne fait d'autre reproche que la possibilité de blesser l'intestin, comme cela est arrivé à Wertheim. Ce n'est d'ailleurs pas à D. que peut s'adresser la critique d'Olshausen d'étendre trop les sutures, car il a toujours insisté pour ne fixer que le fond de l'utérus. D. n'est pas de l'avis de Martin qui, après énucléation d'un myome, suture le lit de la tumeur au vagin; c'est dans des circonstances analogues que s'est produite une dystocie mortelle.

II. — Rissmann a étudié sur des chiens, des chats et des lapins, la question des adhérences péritonéales en vue d'en tirer des conclusions pour l'hystéropexie. Il a constaté que les adhérences, aseptiques, de séreuse à séreuse sont moins résistantes et partant moins durables que les adhérences fibro-séreuses qui résultent d'une infection ou d'une lésion du péritoine ou enfin de la suture du tissu conjonctif au péritoine. En conséquence, chez les femmes encore dans la période de conception, il convient de s'efforcer d'avoir des adhérences séro-séreuses qui amèneront moins de troubles dans une grossesse éventuelle, tandis qu'à la ménopause, des adhérences plus solides sont préférables, quand on pratique l'hystéropexie. Il ressort également de ces expériences que la vessie distendue par l'urine tiraille les adhérences encore frêles et qu'il serait bon, pendant les 2 ou 3 premières semaines, de faire uriner les opérées toutes les 2 ou 3 heures. J. B.

PAQUY. La colpotomie antérieure (*Ann. de gyn., juin 1896*).

La colpotomie antérieure, la cœliotomie vaginale a été vivement recommandée, dans ces derniers temps, contre les fibromes de petit volume siégeant sur la paroi antérieure de l'utérus, contre les rétroflexions mobiles, contre les adhérences péritonéales, contre le prolapsus utérin, contre certains kystes de l'ovaire, contre les maladies des trompes et des ovaires.

Elle consiste à ouvrir le cul-de-sac vaginal antérieur et à fixer la trompe ou la paroi antérieure de l'utérus à la plaie pratiquée au vagin.

De l'analyse des faits publiés, l'auteur conclut que cette opération n'est pas près de détrôner la laparotomie. Il a étudié en particulier le mécanisme de la grossesse lorsqu'elle survient après l'intervention opératoire. L'utérus en vagino-fixation contracte des adhérences plus ou moins solides avec le vagin. Lorsqu'elles sont peu solides, l'accouchement peut se faire normalement. Mais si elles sont solides, le segment inférieur de l'utérus reste au détroit supérieur et ne plonge pas dans l'excavation, le col reste dirigé en haut et en arrière au-dessus de la ligne innommée. Il existe, au moment du travail, une rigidité cicatricielle de la partie antérieure du col.

On observe des troubles de la miction, les présentations vicieuses, et au moment de l'accouchement, la lenteur du travail, le défaut de dilatation du col et même la rupture utérine. PORAK.

JAYLE. Pathogénie de quelques fistules recto-vaginales, consécutives à l'hystérectomie vaginale (*Ann. de gyn., fév. 1896*).

Sur une centaine d'hystérectomies pratiquées par Pozzi et Richelot, J. a eu l'occasion d'observer 3 cas de fistules recto-vaginales. Il joint à la relation de ces faits deux autres observations provenant de la pratique de Monod. Il conclut qu'il ne faut incriminer ni l'ouverture du rectum pendant l'opération, ni la compression par les pinces restées à demeure. L'examen bactériologique lui a fait reconnaître dans la sécrétion la présence du streptocoque et quelquefois du bactérium coli. Ils sont les agents de l'accident. La perforation rectale est la conséquence d'un amincissement en voie de formation au moment de l'opération. Elle se produit alors d'autant plus vite après l'opération que la paroi de l'intestin n'est plus soutenue. PORAK.

POZZI, POLK et KÜSTNER. Traitement chirurgical des rétro-déviations de l'utérus (*Cong. gyn. Genève, Semaine gyn., 8 sept. 1896*).

Pozzi rappelle que la rétrodéviation de l'utérus peut être mobile ou fixe; cette division est importante à établir, car le traitement doit différer suivant l'un ou l'autre cas. Pour la rétrodéviation mobile, on ne doit pas se contenter de fixer l'utérus redressé par un point limité de sa surface, sous peine d'avoir un insuccès. Il faut guérir la métrite, restaurer le périnée et faire porter un pessaire et une ceinture hypogastrique.

Si la rétrodéviation est fixe, comme l'élément morbide principal est

l'état maladif de l'utérus, de la trompe ou de l'ovaire, c'est par une opération chirurgicale que l'on doit intervenir. Dans certains cas de lésions acquises, indolentes, qu'une nouvelle métrite ramène à l'état subaigu, il suffit de traiter cette dernière.

Si les lésions sont prédominantes du côté des annexes, on pratiquera la destruction des adhérences et, suivant le degré de ces lésions, l'ignipuncture, la résection partielle de l'ovaire ou la castration. Enfin, en cas de lésions anciennes et bilatérales compliquées de métrite chronique avec hypertrophie de l'utérus, l'hystérectomie vaginale est indiquée.

Polk préconise, chez les femmes aptes à la conception, l'opération d'Alexander ou le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds ou des ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale. Après la ménopause, l'Alexander peut suffire s'il n'y a pas d'adhérence et si l'utérus n'est pas atrophié...

Otto *Küstner* établit qu'il est important de distinguer les rétroversions et les rétroflexions réductibles de celles qui sont maintenues par des adhérences; ces dernières devront d'abord être mobilisées par le massage ou les manœuvres de Schultze, ou, en cas d'impossibilité, par l'ouverture de la cavité abdominale.

Des différents procédés mis en pratique pour fixer l'utérus en bonne position, la ventro-fixation, la fixation abdomino-vésicale, l'Alexander et la vagino-fixation sont capables de réussir, mais les fonctions normales de l'utérus ne sont conservées qu'avec les trois premiers; il ne faut donc pas employer la vagino-fixation chez les femmes aptes à concevoir. Après la ménopause, ce procédé, combiné avec la colporraphie, donne de bons résultats.

Si les adhérences sont étendues, on pratiquera la rupture des adhérences et la ventro-fixation et, en cas d'annexes malades, on aura recours aux opérations conservatrices le plus possible.

Si l'on a affaire à une rétroversion ou à une rétroflexion réductible d'emblée, l'Alexander constitue le meilleur procédé opératoire. Sont-elles accompagnées d'un prolapsus utérin, la ventro-fixation et les opérations plastiques sur le vagin sont indiquées.

Doléris décrit 3 variétés de rétrodéviation en se plaçant au point de vue de l'étiologie. Les unes sont liées à d'autres lésions plus importantes de l'utérus ou de ses annexes; d'autres sont dues à la faiblesse native ou acquise des ligaments; enfin, dans une troisième catégorie, il s'agit de rétrodéviations d'origine traumatique. A chacune de ces variétés correspond un traitement qui doit s'appliquer à l'utérus (curetage, fixation, etc.), aux ligaments et au vagin (raccourcissement, colpopérinéorraphies).

Schwartz, sur 50 cas de rétrodéviation, a été amené à pratiquer 46 fois l'hystéropexie : 24 fois l'hystéropexie simple, 22 fois l'hystéropexie combinée à la castration, à l'ignipuncture ou à la résection de l'ovaire. 34 malades ont été revues; 30 sont restées guéries depuis l'opération, datant de 3 mois à 5 ans 1/2. 5 grossesses, 3 accouchements à terme. 2 éventrations ont été notées.

Mangin est intervenu dans 192 cas de prolapsus. Sa statistique est la suivante :

1° Prolapsus complet, 52 interventions : 1° par le cloisonnement du vagin; 17 cas, 17 succès durables; 2° par élytrorraphie et périnéorraphie

avec amputation du col, seules ou combinées, à l'opération d'Alexander, à l'hystéropexie; 35 cas, 26 guérisons durables, 5 améliorations, 4 insuccès. Sur 14 guérisons, 6 grossesses, accouchements simples;

2° Prolapsus moyen par élytrorraphie, amputation du col, périnéorraphie, 105 cas; 91 guérisons durables, 11 résultats incomplets dus à ce que le col sain n'avait pas été amputé. Dans les 30 derniers cas, 16 grossesses;

3° Prolapsus au 1er degré, élytrorraphie, amputation du col, périnéorraphie : 35 cas, 35 guérisons opératoires, 5 malades souffrant encore, 11 grossesses.

Lindfors et *Kummer* préconisent l'Alexander, si l'utérus est mobile, avec ou sans opérations plastiques vaginales. Ils indiquent ensuite les cas où la ventro-fixation doit être pratiquée.

Engstrœm a fait 52 ventro-fixations, avec ou sans interventions annexielles, suivies d'un plein succès et de guérison durable.

Pecker appelle l'attention en particulier sur l'antéflexion compliquée de la présence de l'ovaire droit dans le Douglas. On l'observe chez les malades à système musculaire lisse faible, chez lesquelles la matrice est mobile par le fait d'une entéroptose. Par la pression des intestins, l'utérus se fléchit en avant et subit une rotation à droite, laquelle amène l'ovaire droit dans le Douglas; ultérieurement, il se produit de la dysménorrhée et secondairement de la pelvi-péritonite possible.

Le traitement doit donc s'adresser à l'entéroptose, cause de l'antéflexion, et consister en électricité, massage, hydrothérapie, tous moyens propres à tonifier ces malades. La sangle de Glénard devra être portée. A ce traitement, on ajoutera, chez les femmes qui ne présentent pas de lésions annexielles, le redressement utérin par les tiges et le port d'un pessaire.

Boursier s'occupe de l'incontinence d'urine qui accompagne le prolapsus utérin.

Pour faire disparaître cette incontinence, il faut, après avoir fait le curage utérin, l'amputation du col et la colpopérinéorraphie, pratiquer une incision urétrale avec élévation de l'urètre. L'auteur cite un succès à l'appui de cette manière de procéder et un insuccès dans un cas où il n'avait agi que sur le prolapsus, sans pratiquer la correction urétrale. Cette dernière opération ne doit donc pas être négligée, ainsi que le conseillent quelques auteurs.

Duret étudie la question de l'hystérectomie vaginale dans l'inversion puerpérale irréductible et conclut que l'hystérectomie vaginale totale est la méthode de choix dans les inversions utérines irréductibles. OZENNE.

R. CONDAMIN. De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement de l'antéflexion utérine (*Arch. prov. de chir., p. 253, mai 1896*).

L'antéflexion congénitale et l'antéflexion acquise, généralement liées à une rétraction des ligaments utéro-sacrés, sont les deux formes qu'envisage l'auteur, laissant de côté l'antéflexion adhérente.

La deuxième forme est, d'ordinaire, la suite d'un accouchement avec infection et brides dans le Douglas. Elle est différente de la première congénitale qui, presque toujours, s'accompagne de stérilité. Sauf cette

particularité, les troubles fonctionnels sont les mêmes. L'auteur recommande, avec Laroyenne, la columnisation du vagin avec quelques séances de massage et le port d'un pessaire.

Ce n'est pas en agissant sur le col de l'orifice interne qu'on arrivera à un résultat, mais en agissant sur le fond même de l'organe et en le fixant de telle sorte qu'il ne puisse pas s'abaisser. Ne pouvant s'abaisser, l'utérus ne pourra s'incurver et ainsi sera guérie l'antéflexion. C'est ce qu'obtient l'hystéropexie proposée par Laroyenne. Les tractions exercées sur l'extrémité inférieure seront représentées par les tiraillements qu'exerceront sur le col les adhérences du vagin à cet organe. Les tractions exercées sur l'extrémité du corps utérin le seront par les fils hystérofixateurs qui devront être placés à 2 ou 3 centimètres au-dessus du pubis pour agir d'une façon efficace. La pénétration des fils supérieurs de l'utérus devra également se faire un peu haut sur le corps utérin pour agir le plus possible sur l'extrémité supérieure de l'antécoudure, mais non pas dépasser la ligne infra-tubaire. Ainsi, avec la dilatation, disparaîtra l'éperon de l'antécoudure et avec lui les phénomènes douloureux qui accompagnent la menstruation.

Suivent 33 observations dont plusieurs datent d'au moins 2 ans.

F. VERCHÈRE.

G. RICKER. Beiträge zur Ätiologie..... (Sur l'étiologie des tumeurs utérines) (*Archiv für path. Anat., CXLII, 2*).

Ricker décrit deux myomes qu'il a observés sur l'utérus de deux femmes âgées : ces tumeurs, des dimensions d'une lentille, siégeaient sur la face antérieure et près du bord de l'utérus. Elles étaient situées sous le revêtement péritonéal du côté du fond de l'utérus et séparées de la muqueuse utérine par toute l'épaisseur de la tunique musculeuse. Sur la coupe, elles présentent chacune une vingtaine de canaux épithéliaux à direction parallèle et dont l'une des extrémités s'ouvre librement sous la tunique séreuse. Ces tubes sont revêtus d'un épithélium dont les cellules forment une rangée ou sont disposées sur deux ou trois assises. Les tubes épithéliaux sont réunis par un tissu conjonctif à structure analogue à celle de la muqueuse utérine. De plus, on voit des traînées de fibres musculaires lisses parcourir la tumeur.

La situation et la structure de ces tumeurs ne peuvent s'expliquer que par le développement : elles représentent l'extrémité inférieure ou postérieure du corps de Wolff (paroophoron) qui, sous des causes inconnues, a subi une évolution anormale.

ÉD. RETTERER.

TÉMOIN. Ablation des fibromes par la voie abdominale avec conservation partielle ou totale de l'utérus (*Arch. prov. de chir., p. 419, juill. 1896*).

L'auteur est partisan de l'ablation du fibrome avec conservation de l'utérus. Faisant une hémostase préventive du ligament large avec des pinces ou définitives avec ligature, il incise l'utérus sur la tumeur dans toute son étendue puis énuclée celle-ci avec les doigts. La tumeur enlevée, il régularise et réduit la loge utérine qui la recélait et fait 3 plans de sutures utérines. Un plan profond, comprenant tout le tissu utérin, au

catgut. Les bords mêmes de l'incision utérine, puis une troisième en surget qui vient froncer la collerette péritonéale et recouvrir l'incision utérine. L'abdomen est ensuite suturé. L'auteur rapporte 26 observations avec une mort. Le procédé lui semble bien préférable à l'hystérectomie totale, abdominale ou vaginale, et permet d'espérer une grossesse ultérieure possible, en tout cas, ne supprime pas les fonctions utéro-ovariennes. F. VERCHÈRE.

Pierre DELBET et Pierre HERESCO. Des fibro-myomes de la portion abdominale du ligament rond (*Revue de chir., p. 607, août 1896*).

Tumeurs relativement rares, mais pouvant cependant se reconnaître. Elles sont solides, occupent la cavité pelvienne et sont indépendantes de l'utérus. Elles emplissent le cul-de-sac latéral, le droit de préférence, faisant saillie dans le cul-de-sac antérieur, devant l'utérus refoulé en arrière, ne s'accompagnant pas d'ascite. Si, en soulevant la tumeur au travers de la paroi abdominale, on détermine une sensation de tiraillements dans la région du canal inguinal, le diagnostic deviendra à peu près certain.

Ces fibromyomes ont une marche progressive, d'abord lente, puis rapide ; la ménopause n'a aucune influence sur leur évolution ; ils peuvent prendre un volume considérable. L'indication d'opérer est formelle. Il faut intervenir par la voie abdominale. Dans 3 observations, la laparotomie a donné 2 morts. Une fois par péritonite, une seconde par collapsus, l'opération était restée inachevée à cause des adhérences. Malgré ces faits datant déjà de longtemps, la laparotomie par ablation des fibromyomes du ligament rond doit être considérée comme relativement bénigne parce que le pédicule de ces tumeurs n'est en connexion avec aucun organe important et qu'il est facile à traiter. F. VERCHÈRE.

HARTMANN et MIGNOT. Note sur la suppuration gangréneuse des fibromes indépendants de la cavité utérine (*Ann. de gyn., juin 1896*).

Il s'agit d'un cas de fibrome sous-péritonéal enlevé par la laparotomie. Le fibrome était enflammé et gangrené. A l'examen microscopique, il présentait la structure des fibromes, mais les lésions du sphacèle étaient surtout très importantes et le plus avancées au centre de la tumeur. Elles étaient produites par un microorganisme anaérobie. L'atmosphère celluleuse du fibrome présentait une suppuration diffuse.

L'infection s'est faite du vagin vers le fibrome par la voie lymphatique. On ne trouve, en effet, aucune lésion de la muqueuse utérine, mais autour des vaisseaux lymphatiques se dirigeant vers la tumeur, on constate une grande quantité de leucocytes.

Ce cas isolé ne permet pas d'édifier une théorie ; cependant les auteurs ont retrouvé le même organisme (bacille anaérobie) dans un kyste du vagin à contenu putride ; Morau l'a constaté dans un cas de péritonite et Dujon dans un cas de bartholonite à pus très fétide. PORAK.

Marcel LAROCHE. De l'inclusion des kystes dans les ligaments larges (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur admet une inclusion vraie ou fausse. L'inclusion vraie est

primitive ou secondaire. Les kystes primitivement inclus sont les kystes péri-ovariens. Ils ne proviennent pas seulement du corps de Rosenmüller et du parovarium, mais peuvent encore avoir leur point de départ dans les cordons de Pflüger aberrants et situés dans le ligament large, ce qui explique leur différence d'aspect. Ces restes de la période embryonnaire sont compris dans l'épaisseur du ligament large, car le tissu mésenchymateux qui, pendant la vie fœtale, est sous-jacent à l'épithélium germinatif et en rapport avec le corps et les canaux de Wolff, concourt à la formation du ligament large.

Les kystes secondairement inclus sont, dans la presque totalité des cas, des kystes ovariques. Les causes qui produisent l'inclusion d'un kyste de l'ovaire sont encore mal connues et probablement multiples : ovarites et péri-ovarites, anomalies de situations et déplacements de l'ovaire, congestion utéro-ovarienne, ovaires surnuméraires.

La fausse inclusion se produit à la faveur du déplacement de la trompe et d'exsudats inflammatoires qui donnent à la tumeur, pourtant extra et rétro-ligamentaire, l'apparence d'une tumeur intra-ligamentaire.

F. VERCHÈRE.

F. LEGUEU. Kyste wolfien du ligament large (*Ann. de gyn., fév. 1896*).

Tumeur du ligament large enlevée par la laparotomie présentant cette particularité qu'elle se continuait avec un canal se dirigeant vers le rein. L'examen histologique a démontré que la structure de la paroi du kyste avait les plus grandes analogies avec la structure de ce canal qui s'abouchait dans son intérieur et dont on n'a pas poursuivi l'ablation. Il paraît évident qu'il s'agissait d'un kyste du corps de Rosenmüller et que le canal observé n'était que celui de l'époophore. PORAK.

A. LALLEMAND. Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire (*Thèse de Paris, 1896*).

L'étiologie des fibromes de l'ovaire est douteuse et leur structure est analogue à celle des tumeurs fibreuses des autres organes; on rencontre parfois des fibromes absolument purs. D'autres se combinent avec le tissu musculaire lisse, ce qui est en rapport avec la structure normale de l'ovaire. Il existe des types de passage aux sarcomes et des dégénérescences des tumeurs soit myxomateuse, soit graisseuse, cartilagineuse ou calcaire. Les fibromes ont pour point de départ soit les corps jaunes, soit les restes des tubes de Valentin Pflüger, soit le tissu conjonctif périvasculaire. Ces tumeurs confondent leur symptomatologie avec celle de toutes les tumeurs de l'ovaire. Elles ont une évolution fatale en dehors de l'intervention, qui donne une guérison radicale et est généralement facile. F. VERCHÈRE.

ZANGEMEISTER. Ueber Sarkome des Ovariums (*Beiträge zur klin. Chir., XVI, 2*).

D'après 39 observations de la clinique de Czerny, l'auteur fait une étude clinique et anatomique du sarcome de l'ovaire. C'est à 20 ans et à 48 ans qu'il a trouvé le plus souvent cette affection. Les signes impor-

tants pour le diagnostic sont la présence d'une tumeur dure, parfois kystique, jouissant d'une certaine mobilité, de ballottement même, s'accompagnant d'ascite et déterminant une cachexie rapide; souvent il y a œdème des jambes, de la vulve. La durée a varié de 1 an 1/2 à 15 ans. Au point de vue anatomique, la tumeur était 16 fois à droite, 13 fois à gauche, 10 fois des deux côtés; dans 24 cas, elle était kystique. Au microscope, on a trouvé 25 fois du fibro-sarcome, 11 fois du sarcome à cellules rondes, 3 fois du sarcome à cellules rondes et fusiformes. Le traitement consiste à enlever la tumeur; l'opération est contre-indiquée quand il y a métastase dans d'autres organes. Le pronostic est grave: dans trois opérations on ne put enlever la tumeur; 4 malades succombèrent peu après l'opération, 12 de 24 jours à 3 ans après l'opération. 6 malades guéries n'ont pas été revues; enfin, dans 13 cas, la guérison s'est maintenue depuis 4 à 16 années. ROBINEAU.

LAROYENNE. Des dangers d'une conception trop rapprochée d'une ovariotomie (*Semaine gyn.*, *13 oct. 1896*).

Femme de 21 ans. Ablation d'un kyste de l'ovaire. Un mois après l'opération réapparition des règles; puis suppression le 2e et le 3e mois et quelques signes de grossesse. 3 mois après l'avariotomie douleurs subites dans l'abdomen, vomissements, anxiété respiratoire; mêmes accidents pendant 5 jours et mort. A l'autopsie, on a trouvé dans l'utérus un embryon de 2 mois, dans la cavité péritonéale des caillots sanguins et une plaie du ligament large au niveau du pédicule du kyste; la ligature était flottante et deux artères, cause de l'hémorragie, apparaissaient béantes. L'utérus, dans son développement gravidique, avait déplissé le ligament large et le pédicule et avait refoulé son lien constricteur. OZENNE.

R. CLARET. Des tumeurs kystiques intra-pelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale (*Thèse de Paris*, *1896*).

L'atrophie n'atteint pas nécessairement les annexes laissées en place, saines ou atteintes de lésions après l'hystérectomie vaginale. Il en résulte que les annexes laissées en place peuvent devenir le point de départ de tumeurs inflammatoires ou kystiques dont le développement s'accompagne parfois de phénomènes fonctionnels graves. Autour de ces tumeurs pelviennes dues à la persistance des débris annexiels, on peut observer, après l'hystérectomie vaginale, des tumeurs kystiques développées dans l'épaisseur des ligaments larges restants aux dépens des vestiges du corps de Wolf. La fréquence de ces tumeurs, tout en restant rare, n'est pourtant pas exceptionnelle. Pour en prévenir l'apparition, il faut s'efforcer d'enlever les annexes en choisissant le procédé opératoire qui permet le mieux leur extirpation; ce procédé paraît être l'énucléation annexielle après la section médiane de l'utérus et avant le placement des pinces sur les ligaments larges. Quand ces tumeurs kystiques se sont développées, il faut les extirper soit exceptionnellement par la voie vaginale, soit de préférence par la laparotomie. F. VERCHÈRE.

GOTTSCHALK. Fall von hochgradiger Darm- (S romanum-) Scheidenfistel bei vaginaler Exstirpation von Uterus und Adnexe wegen Beckenabscess..... (*Berlin. klin. Woch., p. 470, 25 mai 1896*).

Fille de 38 ans, ayant subi en janvier 1894 l'ablation de l'utérus et des annexes pour une suppuration pelvienne consécutive à une abrasion. L'intestin, blessé pendant l'opération, fut suturé. 14 jours plus tard, issue de matières intestinales par le vagin. En mai 1894, aggravation et formation de nouveaux abcès pelviens. Tentatives réitérées, mais vaines, de remédier à cet état de choses. A partir de l'été 1895 la plus grande partie des matières fécales passent par le vagin. Emaciation et faiblesse intenses. Dans le cul-de-sac vaginal, orifice irrégulier donnant accès dans une cavité offrant deux autres ouvertures, l'une conduisant à droite et en avant dans l'S iliaque, l'autre à gauche et en avant dans un abcès du ligament large gauche. Cet abcès se confondait avec une sorte de tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, de dureté moyenne, qui remplissait la moitié gauche du bassin. Bien que la malade présentât des altérations graves du cœur et des reins, sur sa demande expresse, G. entreprit l'opération, faisant, malgré lui, la colotomie et l'obturation de la fistule dans une même séance. Trois jours auparavant il avait drainé l'abcès du ligament large par le vagin. Le bassin constituait une cavité entièrement distincte et fermée, grâce à des adhérences entre la vessie et l'S iliaque, entre les côlons ascendant, descendant et l'S iliaque, entre le moignon du ligament large gauche, le péritoine pariétal et l'S iliaque complètement immobilisée. La paroi intestinale, infiltrée comme une éponge, laissait suinter un pus fétide d'odeur cadavérique et en cinq endroits différents offrait des foyers purulents localisés de même contenu.

Les adhérences calleuses qui fixaient au plancher pelvien l'S iliaque empêchèrent de la mobiliser assez pour pouvoir enlever l'anse fistuleuse et établir une nouvelle entéro-anastomose. La fistule siégeait près de l'extrémité inférieure de l'S ; elle était grande comme une pièce de 5 marks en argent, transversale et avait des bords extrêmement épais et déchiquetés : avivement et suture à trois étages qui se rompit le 3e jour. Ictère et mort le 5e jour. A l'autopsie : dégénération du myocarde ; dégénérescence amyloïde du foie, néphrite parenchymateuse double, péritonite récente. Atrophie du rectum dont le calibre admet à peine le doigt. Paroi antérieure de l'S iliaque hypertrophiée et infiltrée de pus. Suture intestinale rompue en un point ; quelques matières fécales dans le vieil abcès du plancher pelvien. J. B.

P. RATHKE. Zur Regeneration der Uteruschleimhaut..... (Sur la régénération de la muqueuse utérine et en particulier des glandes utérines après la parturition) (*Archiv f. path. Anat., CXLII, 3*).

Rathke décrit les résultats auxquels il est arrivé en ce qui concerne la régénération de la muqueuse utérine après la parturition (souris et femme).

1° *Souris.* — Les stades que Rathke a étudiés sont les suivants : *a*) utérus de souris en rut et en parturition ; *b*) utérus provenant de souris ayant mis bas : 1° depuis 2 heures ; 2° depuis 4 heures ; 3° depuis 6 heures ; 4° depuis 12 heures ; 5° depuis 18 heures ; 6° depuis 24 heures ; 7° depuis 30 ou 36 heures ; 8° depuis 48 heures.

Voici les résultats essentiels de ce travail : l'épithélium utérin est pourvu de cils chez la souris en rut. Les glandes utérines s'effacent peu à peu à mesure que la gestation avance ; elles représentent autant de

diverticules de la muqueuse qui permettent à l'utérus de s'étendre et de se dilater ; aussi n'en voit-on plus à la fin de la gestation. Après la parturition, il se forme de nouvelles glandes.

Immédiatement après la parturition, on observe une perte de substance au niveau de l'insertion du placenta. Les parties voisines, en se rétractant après l'expulsion du placenta, chevauchent sur cette portion mise à nu, c'est-à-dire privée de muqueuse, et forment une sorte de couvercle provisoire, au centre duquel on observe une fente permettant l'écoulement du sang extravasé et des mucosités. Alors surviennent deux sortes de phénomènes : d'une part, on voit l'épithélium utérin subir la dégénération (formation de vacuoles et disparition), de même que les cellules sympathiques du chorion émigrent dans la cavité utérine et périssent ; de l'autre, on constate de nombreuses mitoses dans les cellules épithéliales de la surface et des glandes utérines : c'est ainsi que se produit un revêtement de jeunes cellules épithéliales qui recouvrent peu à peu la surface mise à nu au moment de la parturition. Quant au chorion, il se régénère par l'arrivée de nouvelles cellules lymphatiques.

2° *Femme.* — L'étude d'un grand nombre d'utérus soit gravides, soit en parturition, soit quelque temps après la parturition permit à Rathke de tirer les conclusions suivantes : à la fin de la grossesse, il existe partout, même au niveau du placenta, des glandes utérines, qui, il est vrai, figurent des sortes de fentes lymphatiques en raison de l'aplatissement de leur épithélium. En tout cas, du côté de la musculeuse, le fond de ces glandes persiste toujours jusqu'après la parturition.

Lors de l'expulsion du fœtus et de la rétraction de l'utérus, les cellules *plates* des glandes reprennent une forme d'abord cubique, puis cylindrique. Une partie de ces cellules dégénèrent, tandis que les autres se divisent activement. Quant au chorion de la muqueuse, il perd sa teinte rouge et devient jaunâtre en même temps que les cellules déciduales disparaissent.

Les phénomènes de dégénération et la résorption du sang extravasé prennent fin au début de la troisième semaine et alors on voit les cellules épithéliales du fond des glandes utérines produire des traînées cellulaires qui s'étendent rapidement vers la surface. C'est ainsi que le revêtement épithélial qui procède du fond des glandes utérines arrive à recouvrir peu à peu toute la surface utérine mise à nu, en même temps que le chorion se reconstitue.

A raison des documents incomplets qu'on possède, il est impossible d'assigner des dates déterminées à l'évolution des phénomènes de la régénération ; dans un cas de pyémie, il existait une grande différence, le 24° jour, entre l'épithélium des parties superficielles et profondes des glandes ; dans un autre cas de 7 semaines, l'épithélium avait partout le même aspect ; enfin, dans un troisième cas de grossesse et d'accouchement normal, chez une femme phtisique, la régénération était complètement terminée le 5e jour de l'accouchement. ÉD. RETTERER.

E. OZENNE. De la tolérance de l'utérus gravide ; rapports de la grossesse et du traumatisme (*Journal de méd. Paris, 12 juill. 1896*).

Ozenne rapporte 4 observations de corps étrangers ayant été introduits

dans l'utérus gravide sans provoquer l'avortement. Le premier de ces faits concerne une jeune femme, enceinte de 6 semaines, qui, pendant 24 heures, a conservé dans la matrice un crayon d'iodoforme ; dans le deuxième cas, il s'agit d'une tige de laminaire qui a séjourné, pendant 48 heures, dans la cavité utérine, contenant un fœtus de 2 mois. Enfin, dans les deux autres cas, observés chez des parturientes, enceintes de 4 à 5 mois, une ablation de polype, donnant lieu à des hémorragies, n'a pas interrompu la grossesse, bien qu'une injection d'eau bouillie tiède intra-utérine ait été faite chez l'une d'elles.

Après quelques considérations sur les rapports du traumatisme et de la grossesse, l'auteur ajoute qu'il faut se garder de conclure de ces faits qu'il n'y a aucun danger à pénétrer dans une cavité utérine en possession d'un fœtus ; mais ce qu'il en faut retenir, c'est que l'utérus gravide n'est pas un *noli me tangere* quand il y a nécessité d'agir. Il termine par les remarques suivantes :

La tolérance de l'utérus gravide, dans ses rapports avec le traumatisme, est un fait hors de toute contestation.

Le traumatisme accidentel ou chirurgical, portant à distance de l'utérus, n'a bien souvent aucune influence sur l'évolution de la grossesse.

Le traumatisme accidentel ou chirurgical, qui agit sur la zone génitale, expose davantage à l'avortement simple ou compliqué d'accidents.

Toutefois comme, dans ce dernier cas, il n'est pas exceptionnel de constater la continuation de la grossesse, on est autorisé à pratiquer une intervention, non seulement lorsque l'urgence la commande, mais encore lorsqu'elle doit faire disparaître toute cause capable d'apporter, à l'avenir, une entrave à l'évolution de la grossesse. O.

I. — Carl MEYER. Beitrag zur operativen Eröffnung des Muttermundes unter der Geburt (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte*, *1er mai 1896*).

II. — WYDER. Même sujet (*Ibid.*, *p. 303*, *15 mai 1896*).

I. — Relation de 7 cas dans lesquels M. a recouru à l'opération de Dührssen permettant de terminer l'accouchement par les voies naturelles, alors que le col est effacé mais non encore dilaté, en l'incisant profondément jusqu'à ses insertions au vagin. (*R. S. M.*, XXXVII, 551 ; XLIV, 217.)

Dans les faits de Meyer, il s'agit 3 fois de primipares âgées, 2 fois d'un allongement hypertrophique de la lèvre antérieure du col, 1 fois de fibromes intra-utérins et 1 fois de procidence du cordon. Toujours l'issue de l'intervention a été heureuse pour la mère et pour l'enfant, et 3 de ces femmes ont depuis lors accouché spontanément.

II. — Wyder considère également la méthode de Dührssen comme un grand progrès de l'obstétrique opératoire, à la condition, toutefois, que seuls les spécialistes la pratiquent. W. n'exécute jamais cette opération devant les étudiants, car elle ne doit pas devenir l'apanage du médecin praticien. J. B.

I. — KÖSTER. Ueber puerperale Neuritis (*Munch. med. Woch.*, *p. 650*, *14 juill. 1896*).

II. — JOHANSEN. Beitrag zur Polyneuritis in graviditate (*Ibid., p. 649, 14 juill. 1896*).

I. — Femme de 25 ans, chez qui les premiers symptômes se montrent quinze jours après l'accouchement, sans fièvre, avec des douleurs et de la faiblesse du bras gauche, qui s'amaigrit. On constate la réaction de dégénérescence au deltoïde et au biceps. Les douleurs durent sept semaines environ; mais la paralysie et l'atrophie ne firent que progresser. Huit mois après le début, les muscles deltoïde, biceps et brachial ne réagissent plus aux plus forts courants galvaniques.

II. — L'auteur rapporte un cas de polynévrite gravidique chez une fille de 19 ans, qu'il considère comme sans complications, et fait remarquer l'absence dans ce cas de vomissements incoercibles. C. LUZET.

G. COMDIO. Diarrea nervosa gravidica; osservazioni cliniche sulle neurosi reflesse della gestazione (*Il Morgagni, p. 485 et 579, août et sept. 1896*).

La diarrhée incoercible des auteurs doit être appelée, pour indiquer sa nature, « diarrhée nerveuse ». Elle remplace les vomissements ou alterne avec eux. Elle est spéciale aux femmes enceintes névropathes et doit être rapportée aux irritations continues du système nerveux sympathique ou central transmises ou directement par les nerfs utérins ou indirectement par les plexus abdominaux stimulés mécaniquement.

GEORGES THIBIERGE.

STAPFER. Les états syncopaux (*Ann. de gyn., juill. 1896*).

La syncope se produit rarement à la suite de l'accouchement par diastole du cœur; elle se produit ordinairement en systole, qu'elle soit la conséquence d'une hémorrhagie, ou lorsque celle-ci fait défaut, qu'elle soit la conséquence d'une vaso-dilatation des vaisseaux du mésentère. L'auteur croit que cette distinction est suffisamment étayée sur l'observation de la syncope observée chez la grenouille. Quoi qu'il en soit, il pense que la malaxation abdominale pratiquée de tout temps par les accoucheurs n'agit pas seulement pour provoquer la contractibilité utérine, mais aussi pour obtenir une vaso-constriction des vaisseaux du mésentère. Aussi faut-il masser méthodiquement non seulement l'utérus, mais aussi tout le paquet viscéral. Ce traitement ne réussit que lorsqu'il doit obvier à la syncope par systole cardiaque. PORAK.

HIBBS. A case of quintet labor with photographs of children and placenta (*Amer. med. surg. Bull., 5 sept. 1896*).

Femme de 39 ans, ayant eu sept enfants dont six encore vivants. Au 8e mois d'une grossesse semblant normale, elle était prise de douleurs et accouchait de cinq garçons bien développés; leur poids total s'élevait à 11 kilos. Trois de ces enfants succombèrent en quelques jours; deux étaient encore vivants au bout de 15 jours. Pour la mère, les suites de cette quintuple parturition furent des plus simples. CART.

I. — SCHUHL. Pneumonie et grossesse (*Presse méd., 23 sept. 1896*).

II. — GAULARD. Idem (*Ibid., 31 oct. 1896*).

I. — 4 observations de pneumonie survenue dans le cours de la grossesse, toutes quatre terminées par la guérison de la mère ; 3 fois l'expulsion de l'enfant eut lieu. Les 4 cas sont survenus après le 6e mois de la grossesse.

Ces faits se trouvent en contradiction avec les données ordinairement acceptées que la pneumonie est plus grave dans les 3 derniers mois de la grossesse que dans les 6 premiers mois ; que la pneumonie est grave dans le cours de la grossesse ; que le pronostic est surtout aggravé par l'expulsion du fœtus.

Contrairement aussi aux données ordinairement acceptées, à moins de cas spéciaux (hydramnios, grossesse gémellaire, etc.), il faut s'en rapporter aux expériences de Regnard et Bar, qui admettent que le diaphragme s'abaisse autant dans le cours de la grossesse que chez les non-gestantes.

II. — Les expériences de Delezenne et Deroubaix se trouvent en contradiction avec celles de Regnard et Bar. Le type de la respiration chez les femmes enceintes est costal-supérieur, ce qui démontre la gêne à l'abaissement du diaphragme pendant la grossesse. De plus, pendant la grossesse, le nombre d'inspirations par minute se trouve augmenté en moyenne de 8 inspirations. Il en est de même de la circulation aérienne qui est de plus de 100 litres. Ces faits confirment les conclusions anciennes de Gavarret et d'Andral, qui avaient conclu à l'expiration d'une quantité plus forte d'acide carbonique pendant la grossesse. Il ne faut donc pas affirmer que les modifications de l'appareil respiratoire dues à la grossesse peuvent être une cause d'aggravation de la pneumonie.

A propos de l'influence de l'accouchement prématuré sur le pronostic de la pneumonie, G. se réfère à la thèse de Deroubaix, qui a rapporté 3 cas d'amélioration de la mère après interruption de la grossesse. Il cite d'autres faits dus à Chatelous, à Thirion. En y ajoutant les cas de Schuhl, 12 cas de Bourgeois, 4 de Flatté, il réunit 25 observations ayant donné 4 décès, soit une mortalité de 16 0/0. Le résultat brut de cette statistique ne justifie donc pas l'opinion de Schuhl sur la bénignité de l'accouchement prématuré dans le cours de la pneumonie. PORAK.

R. KOSSMANN. Glycerin zur Einleitung der Geburtsthätigkeit (Glycérine dans l'accouchement provoqué (*Therap. Monats, n° 6, p. 312, juin 1896*).

L'introduction d'environ 5 centimètres cubes de glycérine dans le canal cervical peut suffire à provoquer de puissants efforts d'expulsion ; à cette dose, la glycérine employée de cette façon peut difficilement causer de l'irritation du côté des reins ou d'autres troubles morbides. Cette méthode ne présente pas les dangers (infection) de l'injection de glycérine ou d'autre liquide poussée plus loin ou de l'introduction de bougies. Elle est beaucoup plus active que la douche vaginale ascendante, aussi toutes les fois que l'accouchement artificiel est indiqué, doit-on recourir à ce procédé? PAUL TISSIER.

OLSHAUSEN. Opération pour lithopédion (*Berlin. klin. Woch., p. 470, 25 mai 1896*).

Il y a 11 ans, au 5e mois de la grossesse, la femme avait perçu des mouvements fœtaux. La mort du fœtus était survenue dans le 8e mois et trois semaines plus tard il y avait eu issue d'eau par le vagin. Le diagnostic ne pouvait hésiter qu'entre un corps fibreux sous-séreux et une grossesse extra-utérine. L'absence d'un pédicule résistant fixé sur l'utérus et la surface bosselée d'une manière spéciale de la tumeur, indiquaient plutôt un fœtus. Opération. La tumeur se trouvait recouverte seulement par le grand épiploon et fut facilement, et sans grande perte de sang, séparée de ses connexions. Le placenta contenait un foyer purulent qui s'ouvrit durant l'opération. J. B.

Pels LEUSDEN. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Puerperaleklampsie (*Archiv f. path. Anat., CXLII, 1*).

Leusden donne une description histologique complète des lésions qu'il a observées dans deux cas d'éclampsie puerpérale. Les organes qui présentent les altérations les plus prononcées sont : le poumon, le foie et le rein.

Le poumon et le foie sont le siège de thromboses fibrineuses ou hyalines, qu'on rencontre, il est vrai, dans d'autres maladies et qu'il faut probablement mettre sur le compte de substances toxiques ayant circulé dans le sang. Les thromboses pulmonaires étaient accompagnées d'un œdème aigu et de caillots hyalins remplissant la surface interne des alvéoles. Les nécroses limitées du tissu hépatique sont plutôt la conséquence que la cause de l'éclampsie. Outre ces altérations parenchymateuses, Leusden a trouvé dans le foie des cellules à plusieurs noyaux, qu'il considère avec Schmorl comme des cellules géantes du placenta; à la suite d'un défaut de nutrition, l'épithélium des villosités placentaires se serait détaché et aurait été entraîné par le sang maternel. Cependant Leusden ne pense pas que la présence de ces cellules géantes dans le poumon maternel soit la cause de l'éclampsie; c'est là un pur accident. Leusden ne croit pas non plus que les substances toxiques, amenant l'urémie, se soient produites à la suite de l'altération du placenta.

Les lésions caractéristiques s'observent dans les *reins*, qui sont atteints de néphrite aiguë. Dans l'un des cas il existait, de plus, sur l'un des reins, une malformation congénitale (bassinet et uretère double avec atrophie d'une portion de la substance rénale). Les capillaires glomérulaires sont remplis de masses fibrineuses et leurs endothéliums sont gonflés et altérés. L'épithélium des tubes urinifères est également trouble, partiellement atteint de dégénérescence graisseuse, et se trouve détaché sur de larges étendues. La lumière de ces tubes est remplie d'un exsudat fibrineux, ce qui concorde avec l'existence de l'albumine dans l'urine pendant les attaques d'éclampsie.

Tous ces faits indiquent une néphrite aiguë, produite par la présence de substances toxiques dans le sang. L'examen des divers organes au point de vue bactériologique n'a donné que des résultats négatifs.

ÉD. RETTERER.

PINARD et WALLICH. Du traitement de l'infection puerpérale (*In-8°, Paris, 1895*).

Les auteurs apportent une contribution clinique très importante spécialement sur les quatre points suivants : étude clinique du curetage ; étude anatomo-pathologique des suites du curetage; du curetage chez les femmes qui ont subi la symphyséotomie; conduite à tenir dans les accidents infectieux tardifs.

Toujours fidèles aux injections prolongées et intra-utérines, ils admettent cependant que le 3e jour après l'accouchement, il faut, en cas d'insuccès, recourir à un traitement plus actif, au curetage, qu'il faut renouveler si le succès n'a pas suivi la première intervention. Dans le cas d'avortement, ils préfèrent l'extraction du placenta retenu avec le doigt à la curette.

La sérothérapie n'a pas encore conquis définitivement la place. Elle peut donc être employée à titre secondaire dans les cas insuffisamment amendés par le traitement précédent ou dans les cas très graves. On sait d'ailleurs que la sérothérapie est antistreptococcique et que l'agent infectieux n'est pas toujours le streptocoque.

Dans les accidents tardifs, il ne faut pas intervenir trop tôt contre les exsudats et les abcès pelviens; on ne doit agir que lorsque le pus est bien collecté et qu'il a perdu sa virulence.

Des détails intéressants et minutieux sont donnés à propos du traitement de la phegmatia alba dolens. PORAK.

DÜHRSSEN. Demonstration eines Falles von vaginalem Kaiserschnitt (*Berlin. klin. Woch., n° 23, p. 530, 8 juin 1896*).

Sous le nom d'opération césarienne vaginale, D. entend une opération qui permet, malgré que le col utérin soit fermé, la naissance d'un enfant vivant par la voie vaginale sans ouvrir le péritoine. Chez une femme arrivée au terme de la grossesse, D. a procédé ainsi : mise à découvert du col à l'aide de grands spéculums ; incision longitudinale des culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin ; décollement du péritoine de l'espace de Douglas, décollement de la vessie et de l'espace vésico-utérin ; ouverture du col utérin et du segment inférieur du corps en avant et en arrière ; acumpressure ; introduction de la main ; version et extraction d'un enfant pesant 9 livres 1/2 qui est actuellement en bonne santé ainsi que la mère.

Cette opération n'est pas indiquée en cas de rétrécissement du bassin, mais on peut y recourir quand, avec un col non dilatable, on trouve chez la mère des accidents graves susceptibles d'être atténués ou guéris par l'évacuation de l'utérus (éclampsie, urémie, hémorragies intra-utérines par décollement prématuré du placenta, affections pulmonaires ou cardiaques), ou bien quand la mère offre une affection dangereuse pour l'enfant, ou enfin en cas d'altérations du col (rétrécissement, rigidité, fibrome, cancer) du segment inférieur de l'utérus (distension morbide).

J. B.

MALADIES DES ENFANTS.

MARFAN. Phlébite fibro-adhésive des sinus de la dure-mère ayant déterminé de l'hydrocéphalie, et consécutive à une gastro-entérite (*Revue mens. des mal. de l'enf., août 1896*).

Un enfant est élevé au sein jusqu'à 2 mois, puis soumis à un allaitement mal réglé ; la diarrhée apparaît sérieuse et tenace ; peu de jours après surviennent des convulsions, de la rigidité des membres et la tête commence à augmenter de volume. Peu à peu se constitue une hydrocéphalie considérable, et l'œil droit s'atrophie. L'enfant succombe à 13 mois à une broncho-pneumonie subaiguë.

A l'autopsie on trouve, avec une hydrocéphalie intra-ventriculaire considérable une phlébite fibro adhésive du pressoir d'Hérophile, du sinus latéral droit et du sinus caverneux, celui-ci réduit à un simple cordon.

Marfan admet une thrombose des sinus à l'âge de 3 mois, terminée par l'altération fibreuse ; l'hydrocéphalie en aurait été une conséquence, la phlébite aurait été d'origine septique et liée à la gastro-entérite. H. L.

FÉRÉ. Note sur l'arrêt de développement des membres dans l'hémiplégie cérébrale infantile et sur ses analogies avec des malformations réputées congénitales (*Revue de méd., fév. 1896*).

L'existence, chez les hémiplégiques infantiles, d'anomalies morphologiques unilatérales rappelant celles qu'on observe souvent chez certaines catégories de dégénérés, semble indiquer que quelques-unes des anomalies considérées comme dégénératives peuvent se produire tardivement, non seulement après la période embryonnaire, mais même après la période fœtale. Ces déformations, nécessairement moins graves que celles qui se produisent aux périodes moins avancées du développement, qui se réduisent surtout à des disproportions, mériteraient une place spéciale dans la classification chronologique des monstruosités. C. GIRAUDEAU.

S. KALISCHER. Tetanie im Kindesalter (*Jahrb. f. Kinderh., XLII, p. 386*).

En quatre ans, sur 9,481 enfants soignés, K. en observa sept atteints de tétanie. Dans cinq cas il existait du spasme de la glotte (spasme qu'on peut d'ailleurs observer isolément, indépendamment du rachitisme et de la tétanie). Le signe de Trousseau n'existait que dans trois cas, le signe du facial dans deux seulement. Le contraste entre l'excitabilité du système musculaire et la diminution des réflexes tendineux mérite d'être signalé. Un des cas montra très nettement l'augmentation de l'excitabilité galvanique des nerfs. Les autres cas ne purent être étudiés à ce point de vue.

En terminant, K. signale certains rapports du rachitisme et de la cachexie strumiprive. Les deux affections s'accompagnent d'anémie, de tétanie, de

troubles osseux. Toutefois, la médication thyroïdienne n'a donné de résultats ni dans le rachitisme ni dans la tétanie. A. F. PLICQUE.

LA BONNARDIÈRE. Traitement orthopédique des affections tabéto-spasmodiques infantiles et particulièrement de la maladie de Little (*Revue d'orthopédie, nov. 1896*).

Les états spasmo-paralytiques infantiles peuvent retirer de grands avantages du traitement orthopédique dont Vincent (de Lyon) a établi la méthode générale soit d'après des travaux didactiques connus, soit surtout d'après ses observations cliniques. Le traitement se résume dans l'éducation méthodique des membres, l'immobilisation en bonne position, avec ou sans ténotomies, et l'usage pendant un laps de temps suffisant d'un appareil orthopédique approprié. On obtiendrait ainsi une amélioration immédiate au point de vue de la motricité, une amélioration progressive et rapide de la marche après la sortie de l'hôpital et enfin un retentissement favorable sur l'état général des petits malades. Le traitement orthopédique combiné avec l'emploi de l'iodure de potassium serait ainsi à appliquer systématiquement dans la maladie de Little. CART.

H. GILLET. Herpès facial récidivant annuel chez l'enfant (*Méd. moderne, p. 427, 4 juill. 1896*).

Garçon de 8 ans 1/2, ayant tous les hivers, depuis l'âge de 15 mois, une légère bronchite suivie d'une éruption herpétique occupant différents points de la face. L'auteur l'a observée deux fois ; une fois sur les deux pommettes, l'autre fois sur la pommette droite, les points mentonnier droit et gauche, le bord inférieur du maxillaire inférieur gauche.

Il élimine le diagnostic d'herpès symptomatique, en se basant sur le peu d'intensité et l'inconstance de la fièvre et de la bronchite concomitante, rejette également celui de zona en raison des récidives et de la bilatéralité et admet qu'il s'agit d'une éruption d'origine angioneurotique.

GEORGES THIBIERGE.

L. BECO. Contribution à l'étude de la stomatite diphtéroïde infantile (*Archives de méd. exp., VIII, p. 433*).

La stomatite diphtéroïde infantile, maladie contagieuse, distincte de la stomatite aphteuse, consiste en une infiltration fibrineuse, en plaques, de la muqueuse buccale. Cette affection est bénigne, mais laisse souvent des cicatrices indélébiles. Les microorganismes qu'on trouve au niveau des plaques de stomatite diphtéroïde sont le plus souvent le streptocoque pyogène ou le staphylocoque doré ; ils sont probablement la cause de la maladie. H. BOURGES.

P. DE MICHELE. Sulla frequenza delle nefriti primari e secondarie da diplococco lanceolato (*Il Morgagni, p. 524, août 1896*).

Les pneumonies dues au diplocoque de Fränkel sont, au moins chez l'enfant, presque toujours accompagnées de néphrites dues au même agent pathogène. Chez les enfants, comme chez les adultes, on peut

observer des néphrites primitives produites par le pneumocoque, lesquelles sont souvent mortelles. En pareil cas, chez les enfants, la symptomatologie n'est souvent pas caractéristique, en raison de l'absence de plusieurs phénomènes propres aux néphrites.

Les signes généraux d'une grave infection, que l'on peut observer dès les premiers jours de la maladie, font soupçonner que la néphrite est la conséquence du passage à travers les reins du parasite transporté par le courant sanguin. GEORGES THIBIERGE.

THOMAS. Nephritis in infantile scurvy (*Boston med. surg. Journ.*, *3 sept. 1896*).

Dans le scorbut infantile (rachitisme aigu, maladie de Barlow), les reins sont probablement affectés, dans une large proportion de cas, tout au moins au cours du stade aigu de la maladie. La néphrite catarrhale est probablement causée par l'action sur le rein d'un principe irritant contenu dans le sang, lequel principe est, sans doute, le même que celui qui, par son action sur les parois rénales, y produit des hémorragies. Il y a des cas de scorbut infantile où les symptômes rénaux se manifestent les premiers et même ne sont parfois que les seules manifestations observées. Dans des cas soupçonnés de scorbut infantile, la condition de l'urine peut être un des premiers éléments diagnostiques permettant d'instituer de bonne heure un traitement rationnel. CART.

LEUBUSCHER. Ueber den Zusammenhang von Erkrankungen des Circulationsapparates mit Erkrankungen des Nervensystems bei Kindern (*Berlin. klin. Woch.*, *p. 426*, *11 mai 1896*).

A la suite d'affections cérébrales localisées ou diffuses, il peut se développer chez les enfants d'esprit faible une hypertrophie du cœur due aux causes suivantes : 1° à un spasme vasomoteur des petits vaisseaux qui gêne la circulation et à une sclérose prématurée des artères; 2° à un excès d'aliments, surtout de liquides; 3° à la masturbation, habituelle chez les imbéciles. J. B.

Julien NOWAK. Examens bactériologiques du sang d'enfants morts de diphtérie (*Centralbl. für Bakteriol.*, *XIX*, *p. 982*).

L'auteur, dans 22 cas, dont 3 de diphtérie scarlatineuse, trouva dans le sang du cœur et dans la pulpe de la rate les microbes pathogènes suivants : 21 fois des streptocoques, qui 9 fois étaient mélangés à des bacilles de Löffler, et une seule fois des staphylocoques accompagnant le bacille diphtérique. Dans un cas, en même temps que des streptocoques on trouvait un bacille morphologiquement semblable à celui de Löffler, mais en différant par ses caractères de culture et ne se montrant pas pathogène pour le cobaye.

Ces recherches prouvent la fréquence d'une infection généralisée dans les diphtéries mortelles et dans ce cas le rôle prépondérant du streptocoque, enfin la possibilité du passage du bacille de Löffler dans la circulation générale. H. BOURGES.

E. MUELLER. Diphtheriebacillen in der Mundhohle (Bacilles diphtériques dans la bouche d'enfants non diphtériques ayant séjourné dans une salle d'hôpital) (*Jahrb. f. Kinderh.*, *XLIII*, *p. 53*).

Sur 100 enfants examinés, 24 présentèrent des bacilles diphtériques; 6 les avaient dès leur entrée à l'hôpital, 18 les avaient pris dans les salles. Sur les 6 enfants offrant des bacilles diphtériques virulents dès l'entrée, 1 seul provenait d'une famille où avait régné la diphtérie. On comprend, par ce fait, la facilité des contagions et des réveils d'épidémies, puisque 5 enfants non diphtériques, ne provenant pas d'un milieu diphtérique, pouvaient être des véhicules du contage. On comprend le rôle de l'immunité individuelle. A. F. P.

MANICATIDE. Sur les paralysies d'origine centrale à la suite de la diphtérie (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, *oct. 1896*).

Une fille de 7 ans et demi est soignée pour une diphtérie pharyngée par des injections de sérum, du 21 au 24 janvier; le 7 février, elle part guérie; quelques jours après elle a une paralysie du voile du palais; le 15 on la ramène avec une hémiplégie gauche, qui aurait paru brusquement par un ictus sans fièvre ni convulsion; la paralysie est flasque, intéresse les deux membres et le facial inférieur. A la fin de mai, l'enfant a encore un léger nasonnement de la voix et une hémiplégie persistante avec contracture légère, flexion du membre supérieur, extension de l'inférieur, diminution de volume et de longueur des membres paralysés; sensibilité cutanée normale; tous les réflexes sont exagérés à gauche. Les muscles réagissent aussi bien à l'électricité faradique du côté gauche que du côté droit; pas de réaction de dégénérescence.

L'auteur admet comme explication de cette hémiplégie une lésion capsulaire, due sans doute à une obstruction artérielle. Il résume et discute une série de 16 observations analogues; dans 6 autopsies, on a trouvé 5 fois une embolie, 1 fois une hémorragie cérébrale; il admet quatre variétés de paralysie post-diphtéritiques dues à des lésions : 1° musculaires; 2° névritiques; 3° médullaires; 4° centrales. H. L.

ABRAHAMS. Rheumatismus neonatorum (*Med. Record*, *17 oct. 1896*).

Le rhumatisme articulaire aigu des nouveau-nés serait plus fréquent qu'on ne le pense généralement, mais le diagnostic n'en serait pas fait. Au très petit nombre des observations publiées, A. en ajoute trois :

L'une concernant un enfant de 12 jours, ayant quelques articulations gonflées et succombant rapidement à une endocardite aiguë, sans que l'on pût invoquer la syphilis, la tuberculose, l'érysipèle, ou la pyémie; l'autre, un enfant venu au monde alors que sa mère, qui ne tardait pas du reste à succomber, était atteinte de rhumatisme articulaire avec endocardite aiguë des valvules aortique et mitrale; l'enfant guérit sous l'influence du traitement salicylé; la troisième observation n'est qu'ébauchée; elle est relative à une fille née au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu de la mère et ayant quelques articulations tuméfiées; le traitement salicylé était mal toléré par la petite malade. CART.

R.-F. MESLAY. Contribution à l'étude anatomo-clinique de l'ostéomalacie (*Thèse de Paris, 1896*).

Cette étude très complète de nos connaissances sur l'ostéomalacie donne des renseignements particulièrement intéressants sur l'ostéomalacie infantile. Cette forme de la maladie, contestée par la plupart des auteurs, ne se montre que dans la seconde enfance. L'auteur en donne une observation chez une jeune fille de 13 ans, ayant présenté les symptômes typiques de l'ostéomalacie : raccourcissement de la taille, déviation du rachis et des côtes, fractures des os des membres. Un fragment d'humérus, dont on a pu faire l'examen histologique, présentait l'aspect caractéristique de l'os ostéomalacique.

La pathogénie demeure obscure sur bien des points. Cependant, depuis les premiers résultats obtenus par Porro, les nombreuses guérisons (80 0/0) consécutives à l'ablation des annexes de l'utérus chez les femmes ostéomalaciques montrent bien que, dans ces cas, l'hypothèse d'une névrose trophique d'origine ovarienne est la plus admissible. H. BOURGES.

A. CHIPAULT. Remarques sur un cas de paraplégie pottique à début anesthésique (*Méd. moderne, p. 51, 15 août 1896*).

Fillette de 11 ans, éprouvant depuis un mois des douleurs dans le dos et en ceinture ; les douleurs dorsales ont leur maximum au niveau de la 5e apophyse épineuse dorsale, sont spontanées, mais réveillées par la pression énergique en ce point ; pas de troubles moteurs, pas de signe de Romberg, anesthésie cutanée complète avec analgésie et thermo-anesthésie remontant jusqu'au milieu de la cuisse des deux côtés ; on diagnostique une hystérie monosymptomatique. Deux mois plus tard, gibbosité correspondant à la 3me vertèbre dorsale, paraplégie spasmodique, etc.

L'auteur insiste sur le début exclusivement par des troubles sensitifs, qu'il n'a trouvé signalé dans aucune autre observation, et qui lui paraît en rapport avec un type anatomique spécial, médullaire, du mal de Pott.

GEORGES THIBIERGE.

CHIPAULT. La cyphose infantile (un cas traité par les ligatures apophysaires) (*Méd. moderne, p. 585, 16 sept. 1896*).

Les déformations uniquement cyphotiques déterminées chez l'enfant par le rachitisme sont susceptibles de rester permanentes ou de se compliquer de scoliose. Elles doivent donc être traitées. Le traitement orthopédique en vient à bout ; mais lorsque, pour une raison ou une autre, mauvais milieu hygiénique, mauvais vouloir des parents, turbulence de l'enfant, mauvaise forme de rachitisme, l'affection ne s'améliore pas ou s'aggrave, il faut recourir au traitement chirurgical que propose l'auteur, la ligature en 8 de chiffre des apophyses épineuses correspondant à la région cyphosée. GEORGES THIBIERGE.

CABOT. A case of sarcome of the scapula (*Boston med. surg. Journ.*, *22 oct. 1896*).

Garçon de 12 ans, atteint d'un sarcome de l'omoplate droite : désarticulation du bras avec l'omoplate et résection d'une grande partie de la clavicule droite : guérison opératoire très rapide. Au bout de 5 mois, récidive dans le cerveau et mort. CART.

P. DITTMER. Zur Casuistik seltener Knochenbrüche (Fractures rares) (*Archiv für klin. Chir.*, *LII*, *1*, *p. 217*).

1er *cas*. Pseudarthrose après fracture du col anatomique de l'humérus.

2e *cas*. La fracture de la rotule est un fait très rare chez les enfants; ainsi, sur 386 cas que Dittmer a recueillis, il n'a rencontré cette lésion qu'une seule fois chez un enfant âgé de moins de 10 ans. L'observation de cet auteur, bien que publiée 15 ans après l'accident, mérite attention, en raison de la rareté du fait.

Un jeune homme est amené à l'hôpital à la suite d'un accident, Dittmer constata, outre les signes dus au traumatisme dont il venait d'être victime une déformation de la rotule droite. Cet os était plus long, plus épais, mais un peu moins large que la rotule gauche, et présentait à sa surface 4 sillons qui firent penser qu'autrefois il y avait dû avoir fracture comminutive de la partie supérieure de la rotule et fracture du sommet de cet os. Les fragments ne présentaient plus aucune mobilité.

Le malade raconta alors que, vers l'âge de 8 ans, il était tombé sur la glace et qu'il avait été traité ensuite pour une fracture de la rotule au moyen d'un appareil destiné, selon toute vraisemblance, au rapprochement des fragments.

Deux semaines après cette chute, il s'était remis à marcher et n'avait jamais ressenti, depuis, la moindre gêne dans le fonctionnement de l'articulation.

MARCEL BAUDOUIN.

Courtney NEDWILL. Hydatid cyst of the thyroid gland (*The Lancet, p. 1574, 21 déc. 1896*).

Une fille de 8 ans portait une tumeur de la partie centrale de la glande thyroïde : cette tumeur avait débuté il y a trois ans, et, depuis trois mois, elle causait une grande gêne de la respiration, surtout la nuit. Pour opérer, on essaya la chloroformisation, mais on dut y renoncer en raison des accès de suffocation. Une injection hypodermique de cocaïne permit d'inciser la peau : un kyste hydatique fut ouvert et vidé, la membrane interne fut enlevée et on sutura les lèvres de l'incision de la peau avec celles de l'ouverture du kyste. Le kyste se prolongeait tout autour de la trachée. Vingt-cinq jours après, la malade quitte l'hôpital; il persiste une fistulette. L'auteur rappelle que Wilks et Moxon ont cité un cas semblable. MAUBRAC.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

I. — BUZZI. Ueber Eleïdine (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XXIII*, *2*).

II. — A. FRICKENHAUS. Zur Technik der Eleidinedarstellung (*Ibid.*).

I. — L'éléidine ne se trouve pas seulement dans la couche cornée basale de l'épiderme, on la voit également en forme d'entonnoir dans la couche épineuse, dans les points où les conduits d'excrétion sudoripare pénètrent dans l'épiderme ; infiltrant alors toute la couche cornée, elle forme comme un manteau autour de ces conduits ; il est possible que cette substance constitue là, comme un vernis protecteur à l'égard des jeunes cellules de la couche cornée. La kératinisation de l'épiderme paraît ne se faire qu'incomplètement autour de ces orifices ; elle s'arrête à la formation d'éléidine. Exceptionnellement, l'auteur a trouvé de l'éléidine dans les cellules situées au-dessus de la couche cornée basale.

II.—Au point de vue pathologique, la présence de l'éléidine offre cet intérêt qu'elle peut permettre de considérer comme de nature épidermique des productions dont on tendait à admettre la nature parasitaire ; dans une verrue, l'auteur a constaté l'existence de l'éléidine dans les cellules de la couche granuleuse, pêle-mêle avec des grains de kératohyaline ; on est ainsi conduit à se demander si, malgré les différences de localisation de forme et de réaction chimique, l'éléidine ne provient pas de la kératohyaline.

H. HALLOPEAU.

I. — Monahem HODARA. Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Salisäure auf die gesunde Haut (Recherches histologiques relativement à l'action de l'acide salicylique sur la peau saine) (*Monatsh. für prakt. Dermatol.*, *XXIII*, *3*).

II. — A. FRICKENHAUS. Histologische Untersuchungen über die Einwirkung des Acidum carbolicum liquefactum auf die gesunde Haut (Recherches histologiques sur l'action de l'acide phénique liquéfié sur la peau) (*Ibid.*, *XXII*, *n*os *6 et 7*).

I. —Hodara a étudié expérimentalement l'action de l'acide salicylique. D'après lui, ce produit, incorporé au dixième dans un emplâtre et appliqué sur la peau humaine, y détermine, au bout de 2 ou 3 jours, une tuméfaction de la couche cornée qui s'exfolie en lamelles dont les plus superficielles sont les moins résistantes ; leur épaisseur augmente en raison de la durée de l'action de l'acide ; on observe en outre un certain degré d'œdème intercellulaire dans les couches épineuses et granuleuses.

Après une action de 8 à 10 jours, la couche épineuse est transformée en un tissu homogène et mortifié ; concurremment, il se produit une prolifération de cellules épidermiques situées profondément et n'ayant pas subi l'action du topique et aussi des éléments périphériques ; cet épi-

derme de nouvelle formation soulève, sous forme de squames, la masse mortifiée.

Le collodion salicylé au trentième a une action un peu plus énergique : dès le troisième jour, il amène, en provoquant une tuméfaction énorme de la couche épineuse, un œdème intra et extra-cellulaire ; dès lors cette couche est en partie mortifiée.

L'action locale de l'acide salicylique ne provoque pas, chez l'homme, de migration leucocytaire ; il donne lieu seulement à un léger processus inflammatoire qui se traduit par une dilatation des vaisseaux, ainsi que par une prolifération des cellules conjonctives intra-vasculaires ; il constitue un poison pour la chromatine des noyaux conjonctifs qui prend des formes bizarres (chromatotexis) ou se dissocie en petits fragments (chromatorhexis).

Ainsi donc l'acide salicylique, à petites doses, appliqué pendant peu de temps, amène sur la peau saine une exfoliation de la couche cornée ; à dose plus élevée et appliqué plus longtemps, il provoque une desquamation aux dépens tant de la couche cornée que de la couche épineuse partiellement nécrotisée.

II. — L'action caustique de l'acide phénique liquéfié n'est pas profonde; elle se distingue par la prompte formation d'une belle cicatrice, surtout si elle a porté sur une région velue ; la mortification se limitant à l'épiderme, les parties altérées gardent leur structure ; il s'agit d'une gangrène sèche qui aboutit bientôt à la momification.

C'est au centre que la nécrose s'étend le plus profondément ; à la périphérie, il se produit une leucotaxie secondaire, la partie mortifiée agissant comme un corps étranger. L'acide phénique, par lui-même, agit défavorablement sur la migration des leucocytes. Il ne se produit pas une mortification en masse du tissu ; il peut survenir profondément de l'œdème, mais il n'est pas constant.

L'action de l'acide phénique sur les cellules s'explique par la précipitation de l'albumine, la soustraction de l'eau et une action réductrice. Elle altère en premier lieu le protoplasma et secondairement les noyaux ; ceux de l'épiderme sont moins intéressés que ceux du derme. La modification consiste surtout en une rapide kératinisation ; elle porte aussi finalement sur la puissance de réfraction.

Les lésions des noyaux épidermiques consistent en une dissociation de la chromatine sous forme de petits grumeaux ou de gouttelettes avec conservation de l'enveloppe ; dans le derme, il s'agit surtout de phénomènes de rétraction, de ratatinement : ce sont la dissociation de la chromatine en petits fragments (fragmentation du noyau, *chromatorhexis*), la production de filaments (*chromatotexis*), la dissolution ou la suppression de chromatine et son accumulation aux pôles cellulaires (*chromatolysis*). La substance collagène présente un effacement de sa structure fibrillaire ; elle devient homogène.

La régénération a lieu, du côté de l'épiderme, par la prolifération de l'épiderme resté indemne au-dessous et autour de la partie altérée ; elle est surtout active dans les régions velues où elle porte plus particulièrement sur la couche épineuse des folliculites pileux ; dans le derme, les débris de noyaux se résorbent et il se développe un tissu de granulation.

L'escharе phéniquée peut s'éliminer dans les 24 heures par le simple

effet de sa rétraction ; plus souvent elle ne se détache qu'à partir du 12e jour ; elle laisse à sa suite une cicatrice faiblement pigmentée et peu ou point déprimée. H. HALLOPEAU.

PHILIPSON et TÖRÖCK. Le diagnostic général des maladies de la peau fondé sur l'anatomie pathologique (*Giorn. ital. d. mal. vener., XXXI, 3 et 4, p. 437*).

Nous ne pouvons résumer que la conclusion générale de ce travail qui aboutit à une classification nouvelle proposée par les auteurs. Ils proposent de diviser les maladies cutanées en quatre grands groupes : 1° les difformités, qui se subdivisent en difformités atrophiques et hypertrophiques, et sont souvent de cause héréditaire ou de cause mécanique ; 2° les lésions, dues à diverses influences cliniques, mécaniques, thermiques, etc..., et cessant lorsque l'influence excitante cesse de se produire ; 3° les affections cutanées propres qui se subdivisent ainsi : épidermidoses, dans lesquelles les troubles morbides se localisent surtout dans les couches superficielles de l'épiderme et dans les poils ; ex. : psoriasis, dermatomycoses ; nécrodermies, ex. : phlegmons, furoncles, ulcères, gangrène ; atrophodermies, ex. : lupus érythémateux, alopécie en aires, pseudo-pelades ; blastoses connectives, ex. : kéloïde, cicatrice hypertrophique, éléphantiasis ; blastoses épithéliales, ex. : épithélioma, verrues, végétations; granulomes, ex. : lupus vulgaire, syphilides, léprides, leucémie, etc..., néopasmes malins, sarcome, carcinome ; 4° maladies cutanées symptomatiques qui se subdivisent en plusieurs groupes : simple irritation avec réaction des tissus, érythème ; groupe de l'urticaire, comprenant l'urticaire, l'œdème circonscrit, le prurigo estivalis et hiemalis, le lichen simple aigu ; le groupe du prurigo; les hydrodermies, érythème multiforme, hydroa, dermatite herpétiforme, les pemphigus, etc..., les érythrodermies exfoliatives. F. BALZER

GAUCHER et CLAUDE. Réflexions, à propos d'un cas de dermatite herpétiforme, sur la nature de cette affection (*Ann. de derm., VII, p. 1058, 1896*).

Les auteurs rapportent l'observation d'une femme de 40 ans, atteinte de dermatite herpétiforme typique avec des poussées aiguës, plusieurs fois renouvelées, à marche cyclique et à siége variable; l'éruption a débuté aux membres et au tronc et s'est étendue ultérieurement à la face, aux muqueuses buccale et pharyngienne, dans la zone d'innervation du trijumeau. La maladie s'est peu à peu atténuée et a marché progressivement vers la guérison. Les auteurs éliminent les hypothèses d'une infection non confirmée par leurs recherches bactériologiques et expérimentales, ou d'une auto-intoxication. En effet, ils n'ont pas trouvé l'hypoazoturie ni la diminution des matières extractives signalées par les auteurs dans cette maladie, pas davantage l'augmentation dans le sang des cellules éosinophiles. Ils sont donc conduits à admettre que la cause de cette dermatite réside dans une modification dynamique des centres nerveux. Il s'agit d'une femme plusieurs fois éprouvée moralement, manifestement névropathe et neurasthénique, chez laquelle les éruptions se sont plusieurs fois développées sur le trajet des nerfs et notammnet dans la zone du trijumeau. F. BALZER.

DUBREUILH et AUCHÉ. Kystes graisseux sudoripares (*Ann. de derm., VII, p. 1135, 1896*).

Les kystes peuvent se développer aux dépens du tube glomérulaire et renferment de la graisse presque pure. Les auteurs les ont observés chez un homme de 76 ans, atteint depuis son enfance d'anidrose presque absolue. Les petites tumeurs étaient abondantes, surtout aux aisselles; leur paroi était très mince, avec un revêtement épithélial formé de deux ou trois rangées de cellules aplaties mais non kératinisées. Les auteurs ont trouvé tous les intermédiaires, depuis l'état normal jusqu'au kyste formé par la fusion de toutes les anses dilatées d'un glomérule. F. BALZER.

GAUCHER. Traitement de l'épithélioma cutané (*Ann. de derm., p. 1210, 1896*).

L'auteur repousse les traitements tels que l'ablation par le bistouri ou le raclage, qui peuvent favoriser la récidive ou la généralisation. Il préfère la cautérisation et spécialement la cautérisation avec le thermocautère ou le galvano-cautère qui opère une destruction intelligente. Dans l'intervalle des cautérisations, pansement avec la pommade de chlorate de potasse de 1/6 à 1/3. F. BALZER.

CAMPANA et DEGOLA. Coloration de la peau du caméléon et couleur du sarcome primitif de la peau (*Giorn. ital. mal. vener., XXXI, 4, p. 204, 1896*).

Les variations de coloration de la peau du caméléon dépendent surtout des mouvements imprimés à la substance colorante dans les lacunes lymphatiques du derme et de l'épiderme; accessoirement, des mouvements amiboïdes des cellules chromatophores, de la profondeur variable du pigment. Les auteurs émettent l'hypothèse que la peau du caméléon soit un appareil hématopoiétique comparable à la rate, et dans lequel se ferait la destruction des globules blancs et de divers organismes qui auraient pu pénétrer dans la circulation, ce serait un émonctoire utile à l'organisme. Cet appareil constituerait autour de l'animal une sorte de coussin de matière colorée, noirâtre, et variable selon les exigences de la vie nomade de cet animal. Les auteurs, en terminant, montrent quelques points de contact dans la façon dont se comporte le pigment dans le sarcome primitif de la peau humaine avec ce qui s'observe dans la peau du caméléon. F. BALZER.

C. BAUER. Ueber endotheliale Hautwarzen..... (Sur les nævi endothéliaux et leurs rapports avec le sarcome) (*Archiv für path. Anat., CXLII, 3*).

Les nævi (fibromes molluscoïdes) sont formés : 1° par des bourgeons épithéliaux ; 2° par une masse cellulaire du chorion, séparée de l'épithélium par une zone conjonctive pauvre en cellules. Bauer n'a pu voir, comme le prétend Unna, les cellules épithéliales se transformer en amas de cellules conjonctives. Aussi considère-t-il ces tumeurs comme prenant naissance aux dépens de la prolifération des cellules endothéliales qui tapissent les fentes lymphatiques du chorion. Ce sont ces cellules endothéliales qui se chargent si souvent de pigment. Les fibromes mollus-

coïdes se transforment fréquemment en tumeurs malignes (sarcomes et alvéosarcomes). ÉD. RETTERER.

HALLOPEAU. Rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire (*Ann. de derm., VII, 8 et 9, p. 1007, 1896*).

Comme tuberculoses cutanées distinctes des lupus vulgaires, il faut distinguer : le lupus scléreux et verruqueux, le tubercule anatomique, les tuberculoses gommeuses, les tumeurs tuberculeuses, les tuberculoses ulcéreuses et pustulo-ulcéreuses ; le lupus érythémateux, le lupus engelure d'Hutchinson et le lupus pernio de Besnier doivent sans doute être rattachés à la tuberculose zoogléique décrite par Malassez et Vignal ; enfin des toxines pathogéniques interviennent sans doute dans les dermatoses telles que le lichen scrofulosorum, l'acné des cachectiques et des scrofuleux, certaines folliculites suppuratives isolées ou en placards, certains érythèmes. Le lichen scrofulosorum semble bien montrer que la tuberculose cutanée ne se traduit pas exclusivement par des lésions destructives ; ses manifestations, lorsqu'elles ont pour cause prochaine l'action des toxines, peuvent être d'une grande bénignité et non inoculables ; leur structure est différente de celle des tuberculoses bacillaires. Parmi les formes d'origine toxinique, l'auteur range l'acné cachectique et les érythèmes tuberculeux. La plupart des formes signalées peuvent coïncider dans les cas mixtes. Certains eczémas, des orifices de la face notamment, pourraient être d'origine tuberculeuse. Indépendamment des méthodes chirurgicales, la thérapeutique de la tuberculose cutanée doit chercher une voie nouvelle dans les injections des toxines, bien que la tuberculine n'ait pas réussi jusqu'à présent. F. BALZER.

GRAVAGNA. Sur la présence du bacille de Hansen à la surface du corps et dans les sécrétions des lépreux (*Giornale ital. delle mal. vener., XXXI, 4, p. 540, 1896*).

Les bacilles de Hansen ne se trouvent pas seulement dans l'épaisseur des nodosités lépreuses, ils peuvent se trouver, suivant l'auteur, à la surface de lésions lépreuses jeunes ou guéries. L'auteur ne les a pas trouvés à la surface de la peau dans les points où il n'y avait jamais eu de lépromes, ni dans la sécrétion sudorale, ni dans le sperme.

F. BALZER.

I. — Von PETERSEN. Die Verbreitung der Lepra in Russland (*Berlin. klin. Woch., p. 901, 5 oct. 1896*).

II. — A. BLASCHKO. Die Lepra im Kreise Memel (*Ibid., 18 et 25 mai et 20 juill. 1896*).

III. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid., 25 mai et 15 juin 1896*).

IV et V. — Max JOSEPH. 1° Vorstellung eines Falles von Lepra; 2° Ueber Lepra (*Ibid., 22 juin, et n° 37, 14 sept. 1896*).

VI. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid., n° 25, p. 566*).

VII. — KÜSTER. Darstellung eines Falles von Lepra (*Ibid., p. 924, 12 oct. 1896*).

VIII. — ISAAC et Martin BRASCH. Vorstellung eines Falles von Lepra (*Ibid.*, *n° 44, p. 936 et 989, 2 nov. 1896*).

I. — Von Petersen réclame énergiquement l'isolement des lépreux, ce qui n'est possible que par la création d'asiles ou de colonies. La Russie possède déjà 5 asiles et 2 colonies pour lépreux et l'on est en train d'augmenter le nombre de ces établissements. En juin 1895, le gouvernement russe a prescrit la déclaration obligatoire de tous les cas de lèpre. Un an plus tard, on avait constaté l'existence de 894 lépreux, dont 63,3 0/0 étaient atteints de la lèpre tuberculeuse : 3 0/0 des malades avaient moins de 5 ans ; 14,42 0/0 étaient âgés de 5 à 20 ans ; 28,2 0/0 avaient plus de 50 ans et 4,1 0/0, plus de 70 ans ; 18 fois l'un des époux avait contagionné son conjoint

II. — Le premier cas de lèpre dans le cercle de Memel fut signalé par Fürst, dès 1884, mais on y prêta peu d'attention jusqu'en 1893, où Pindikoswki (*Deutsche med. Wochens.*) fit connaître 9 cas de lèpre sur des vivants et 4 décès dus à cette maladie, dans les dernières années. Il concluait à une endémie authoctone, opinion qui fut acceptée par l'office sanitaire allemand. Blaschko, qui ne pouvait se rallier à cette manière de voir, s'est rendu sur les lieux, pour y faire une enquête. Le cercle de Memel, le plus septentrional de la Prusse, est limitrophe des provinces russes baltiques, plus spécialement de la Lithuanie (gouvernement de Kowno) et de la Courlande, où l'on constate, depuis une vingtaine d'années, un chiffre de plus en plus considérable de lépreux. Le cercle de Memel, qui ne compte que 60,000 habitants, a un sol pauvre, une population misérable, adonnée à l'alcoolisme, mal logée et mal nourrie. En y comprenant 3 nouveaux malades découverts par Blaschko, le nombre total des lépreux depuis le cas de Fürst s'élève à 23, dont 13 ont déjà succombé.

Des 10 lépreux mariés, aucun n'a transmis la maladie à son conjoint. Tous les malades occupent la même pièce, sinon le même lit, que les parents sains et mangent et se lavent dans les mêmes ustensiles. Contre l'origine autochthone de cette endémie, Blaschko présente les raisons suivantes : Morgan a publié, en 1843, une topographie médicale du cercle de Memel, dans laquelle il indique expressément la lèpre comme une maladie disparue depuis longtemps. Il existe des rapports incessants entre les habitants du cercle prussien et leurs voisins de Russie. Enfin, contrairement à toutes les assertions, des lépreux se rencontrent dans les localités les plus voisines de la Courlande et du gouvernement de Kowno.

Blaschko demande une enquête médicale, la surveillance des suspects et des parents de lépreux et l'installation d'une petite colonie agricole, avec infirmerie, où les malades pourraient recevoir sans difficulté les visites de leurs parents et amis, à certaines heures, comme dans les hôpitaux.

III. — Martin Brasch relate un fait intéressant pour le diagnostic différentiel de la syringomyélie et de la lèpre. Il s'agit d'un homme de 49 ans, fondeur en zinc et alcoolique. En 1884, Eulenburg le soigne pour une hyperhydrose de la moitié droite de la face et du cou, ainsi que du membre supérieur correspondant ; il y avait de la sensibilité à la pression des deux premières branches du trijumeau droit et de la mydriase intermittente ; actuellement,

l'hyperydrose est encore révélée par la pilocarpine. Dix ans plus tard, apparition de faiblesse, d'engourdissement et de douleurs dans les trois premiers doigts de la main droite. En avril 1896, Brasch constate, du côté droit, une atrophie des sous-épineux, trapèze, abducteur du pouce, muscles des éminences thénar et hypothénar et interosseux ; de plus il y a des taches de vitiligo sur l'abdomen. Il diagnostique une syringomyélie. Ultérieurement il apprend que le malade est né à Kœnigsberg, qu'il a séjourné 9 mois, à l'âge de 14 ans, à Memel, où la lèpre est endémique et il trouve qu'il est porteur de bacilles lépreux. Brasch conclut qu'on doit songer à la possibilité de la lèpre, non seulement dans chaque cas de syringomyélie, mais encore dans toute névrite ou atrophie musculaire s'accompagnant d'un exanthème.

IV et V. — Allemand de 41 ans, appartenant à la classe aisée, émigré à Montevideo il y a 18 ans ; pendant 11 ans il s'y est livré à la pédérastie passive avec des gens de la plus basse classe où la lèpre n'est pas rare. Début des taches il y a cinq ans et demi ; actuellement, lèpre tuberculeuse avec bacilles. Ce malade a de plus un rétrécissement du rectum surmonté de quelques ulcérations. J. suppose que les rapports anormaux ont déterminé une lésion de l'intestin qui a été la porte d'entrée du bacille lépreux.

VI. — *A. Blaschko* serait tenté de rapporter le rétrécissement du rectum au traitement mercuriel subi par le malade plutôt qu'à la lèpre, où cette altération n'a pas encore été signalée.

Joseph réplique que l'écoulement purulent par l'anus, bientôt suivi des symptômes de rétrécissement, est survenu il y deux ans, avant la cure hydrargyrique. Il ajoute que contrairement aux deux lépreux que Radcliffe Crocker (*The Lancet*, 8 août 1896) dit avoir éprouvé de bons effets du traitement mercuriel, celui-ci n'a eu aucune amélioration malgré 54 frictions de 3 grammes d'onguent gris.

Joseph mentionne encore un cas de lèpre tuberculeuse chez une dame de 40 ans ayant habité le Brésil jusqu'à ces derniers temps ; elle a très probablement contagionné son mari qui présente, depuis un an, une anesthésie complète du petit orteil droit et une éruption frontale.

G. Lewin qui a observé plus d'une centaine de rétrécissements du rectum, n'a pu incriminer la syphilis (y compris la congénitale) que chez un tiers des malades ; d'autre part, il n'a vu aucun cas de rétrécissement dû à la blennorragie, comme en a décrit Bacrensprung. L'étiologie de ces rétrécissements est donc en somme très obscure ; aussi admet-il que la lèpre soit au nombre des maladies qui peuvent les occasionner.

VII. — Lèpre de la forme anciennement connue sous le nom de morphée blanche, avec bacilles constatés, chez un Brandebourgeois de 41 ans, soldat aux Indes hollandaises, de 1880 à 1894 ; le début des accidents remonte à 1892.

VIII. — Léontiasis lépreux (avec constatation des bacilles) chez un Saxon de 41 ans, qui de 1879 à 1892 a été infirmier militaire aux Indes hollandaises et a soigné des lépreux. J. B.

A. SPIEGEL. Zur Differentialdiagnose von Lepra und Tuberkelbacillen (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XXIII*, 5).

Les bacilles sont beaucoup plus nombreux dans la lèpre ; ils y sont rangés comme des paquets de cigares ; leur forme y est celle de bâtonnets droits et massifs, tandis que, dans la tuberculose, ils représentent plutôt de courts filaments courbés et très fins ; leurs granulations sont plus grossières et plus espacées. H. H.

SCAGLIOSI. Recherches anatomiques sur les poumons d'un lépreux (*Riforma med., 14 août 1896*).

La plupart des auteurs nient l'existence de la localisation pulmonaire de la lèpre. Les poumons d'un lépreux, examinés par Scagliosi, présentaient à l'examen macroscopique des lésions d'emphysème, de l'hyperémie des grosses bronches, et des petits nodules communiquant avec les bronches et dont la pression faisait sourdre un exsudat muco-purulent. Ces nodules servirent à la recherche du bacille de Hansen et du bacille de la tuberculose. Les examens de 460 préparations n'ont pas permis de constater l'existence du bacille de la lèpre ; le bacille tuberculeux n'a pas non plus été retrouvé dans les 80 préparations faites pour sa recherche. Le résultat négatif obtenu par Scagliosi est donc conforme à ceux de Hansen, Neisser, Leloir, etc. Par contre, dans les foyers de bronchopneumonie nodulaire mentionnés ci-dessus, Scagliosi a trouvé constamment des staphylocoques et des streptocoques. G. LYON.

GALLAY. Expériences thérapeutiques sur la lèpre (*Arch. de méd. nav., p. 292, oct. 1896*).

L'emploi du bleu de méthylène soit par la bouche, soit par la voie hypodermique n'a donné chez les lépreux, au point de vue thérapeutique, que des résultats nuls.

Trois autres malades ont été traités par des injections de sérum d'âne inoculé avec des tubercules provenant d'un lépreux : dans les 3 cas, on a noté une grande amélioration : la peau était plus nette, les tubercules étaient déprimés : les malades n'ayant pas été suivis, l'auteur ne sait si le résultat s'est maintenu. P. MAUBRAC.

BERNAY et PIÉRY. Pathogénie du psoriasis (*Presse méd., 7 oct. 1896*).

Dans ce travail, les auteurs discutent les diverses opinions relatives à la nature du psoriasis et concluent que la théorie parasitaire semble plus plausible que la théorie inverse. L'agent pathogène doit être recherché dans le sang plutôt que dans les tissus cutanés.

D'après eux, le psoriasis est une infection microbienne générale dont la seule manifestation clinique ordinaire est l'éruption, mais qui, dans certains cas, se complique de douleurs articulaires, de lésions nerveuses résultant de l'action de l'agent pathogène ou de ses toxines. A. CARTAZ.

KUZNITZKY. Psoriasis unilateralis und die Theorien über Ätiologie der Psoriasis (*Monats. f. prakt. Dermatol., XXIII, n° 8*).

L'auteur a vu se développer, après un traumatisme du pouce de la main droite, un psoriasis qui s'est étendu et limité à toute la moitié correspondante du corps: ce fait, suivant lui, ne peut s'expliquer par la théorie parasitaire ; il est au contraire en faveur de la théorie névropathique : il la conçoit de la manière suivante : deux facteurs interviennent dans la production de l'éruption: des excitations s'exercent sur le domaine vascu-

laire dont le tonus se trouve en équilibre instable par suite d'un état chronique d'excitation de son centre spinal ; cette excitation spinale peut être héréditaire ou acquise ; elle peut être purement fonctionnelle ou se rattacher à une lésion matérielle encore indéterminée ; l'hyperémie des efflorescences psoriasiques doit être rapportée à un éréthysme vasculaire. H. H.

DUBREUILH. Des hyperkératoses circonscrites (*Ann. de dermat., VII, p. 1158, 1896*).

L'auteur divise ainsi les kératoses : 1° simples d'origine traumatique (durillon et cor) ; 2° simples d'origine congénitale (nævus kératosique) ; 3° papillaires (verrues, et verrue plane juvénile) ; 4° précancéreuses ; 5° d'origine dermique. Les kératoses précancéreuses comprennent les cornes, le kératome sénile, le xeroderma pigmentosum, les cancers arsenical, des ramoneurs, des paraffineurs, les leucokératoses. Les hyperkératoses d'origine dermique comprennent l'angiokératome et les angiomes kératosiques, les ulcères et fistules hyperkératosiques, les kératomes infectieux. Nous ne pouvons ici qu'appeler l'attention sur le travail de Dubreuilh qui, par la multiplicité des sujets traités, ne se prête pas à l'analyse. F. BALZER.

FALCAO. Contribution à l'étude du xéroderma pigmentosum (*Ann. de derm., VII, p. 1210, 1896*).

L'auteur a observé un premier cas chez une femme de 88 ans ; la maladie occupait la joue. Il a observé ensuite trois autres cas chez des gens âgés de 72 ans, de 89 et de 90 ans. Le xeroderma pigmentosum nettement caractérisé peut donc s'observer à un âge très avancé ; il y a alors prédominance des formations cornées et de l'élément atrophique, tandis que, dans l'enfance, la pigmentation et surtout les ectasies vasculaires sont proportionnellement plus développées. F. BALZER.

GAGEY. Contribution à l'étude de l'hémoglobinurie ; un cas au cours d'un xéroderma pigmentosum (*Thèse de Paris, 1896*).

Garçon de 14 ans, atteint à l'âge de 3 ans d'une affection pemphigoïde qui a revêtu progressivement les caractères du xéroderma pigmentosum. Les lésions actuelles sont limitées à la face et au tronc, avec pigmentation brunâtre, atrophie de la peau, rétractions cicatricielles aux narines, aux lèvres, aux oreilles, déformation et atrophie des mains, etc...

L'auteur appelle surtout l'attention sur l'hémoglobinurie très nette que présente le jeune malade à un degré très accentué depuis l'âge de huit ou neuf ans. Fait remarquable, cette hémoglobinurie ne s'accompagne pas d'albuminurie, l'auteur insiste aussi sur la longue durée de cette hémoglobinurie, sur sa constance. C'est la première fois qu'on la constate au cours du xéroderma pigmentosum. Un cousin du malade, âgé de 21 ans, est également atteint d'hémoglobinurie qui se montre surtout le matin. F. BALZER.

HALLOPEAU et BUREAU. Cas typique de lichen scrofulosorum, sa nature et ses relations avec l'eczéma séborréique (*Ann. de derm.*, *VII*, *p. 1084*, *1896*).

Enfant âgé de 13 ans, présentant une éruption typique de lichen scrofulosorum à larges placards, dans laquelle les grains pilo-sébacés sont surmontés de concrétions cornées engainant les poils. La distribution des plaques présternales et interscapulaires, leur aspect, leurs dimensions énormes rappellent celles de l'eczéma séborréique. L'examen microscopique a démontré que les éléments éruptifs occupent les appareils pilo-sébacés. Il est probable que ces éruptions sont dues à des toxines d'origine tuberculeuse, ce qui explique l'absence de bacilles, l'impossibilité de la transmission par l'inoculation, le défaut de destruction de tissu, le siège superficiel des lésions et la facilité avec laquelle de simples topiques les font disparaître. F. BALZER.

I. — BESNIER. Sur la question du prurigo (*Ann. de derm.*, *VII*, *8 et 9*, *p. 981*, *1896.*)

II. — BROCQ. La question du prurigo (*Ibid.*, *VII*, *8 et 9*, *p. 1003*, *1896*).

I. — Les pruriginoses que Willan avait réunies dans l'ordre des papules, strophulus, lichen, prurigo, constituent un groupe naturel, le groupe des prurigos. Le terme de prurit doit n'être appliqué qu'en séméiologie. Plusieurs espèces de prurigos ont des lésions multiples et banales, au premier rang desquelles sont la lichénisation et l'eczématisation ; elles forment une classe importante parmi les prurigos qui sont liés à des conditions diathésiques propres aux sujets atteints ; elles constituent un des types les plus ordinaires des prurigos diathésiques. Les lésions cutanées du prurigo semblent devoir être considérées comme secondaires à des altérations du sang. Les prurigos seraient donc des toxidermies ou des autotoxidermies temporaires ou permanentes. Quel qu'il soit, l'élément irritant actionne les foyers sensitifs de l'axe ou les extrémités nerveuses périphériques et crée avec le prurit ou à sa suite, les troubles de circulation et de nutrition, qui représenteront la série des lésions primitives parenchymateuses. Le prurit, dans les prurigos, est antérieur et supérieur aux lésions ; il ne doit pas être confondu avec elles, et il peut leur survivre. L'action directe des conditions pathogènes se borne à produire dans la peau un état physiopathologique, une perturbation sensitive et nutritive et pour les formes aiguës une tension névro-vasculaire plus ou moins élevée; mais elle ne réalise pas communément à elle seule, ni d'emblée, de lésions de surface. Les lésions aiguës ou chroniques dépendent du grattage. Convenablement protégée contre les traumatismes de toute sorte, la peau reste indemne de lésions de surface.

II. — Brocq propose de réserver le nom de prurigo aux dermatoses qui présentent la papulo-vésicule caractéristique. Il séparerait ainsi, d'abord, les névrodermites circonscrites et diffuses, et les névrodermies eczémato-lichéniennes ou diathésiques de Besnier et réserverait le nom de prurigo aux affections suivantes : prurigo simplex (lichen simplex aigu de Vidal); prurigo de Hebra ; prurigo ferox de Vidal. Ces dernières affections ont comme lésion élémentaire la papulo-vésicule qui suffit à les caractériser au moins au point de vue clinique. Les premières n'ont pas de lésions

élémentaires spéciales, mais plutôt des modes divers de réaction de la peau en présence des causes internes ou externes d'irritation qui peuvent l'atteindre. F. BALZER.

I. — GANS. Ueber Xanthoma diabeticum (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 19*, *p. 423*, *11 mai 1896*).

II. — Discussion de la Société de Hufeland (*Ibid.*)

I. — Médecin de 40 ans, atteint depuis 6 ans d'un diabète héréditaire; apparition brusque d'un xanthome, au milieu de vives douleurs des genoux et de la plante des pieds avec sensation d'engourdissement dans ces dernières. Dans l'espace de quelques semaines, l'éruption atteignit successivement la face antérieure des genoux, les régions lombaires et fessières, la face postérieure des coudes, les omoplates, l'éminence thénar gauche et la face dorsale de l'index et de l'auriculaire droits; elle se composait de papules arrondies, à contours nets, d'une teinte rouge cerise, d'un diamètre de 2 à 3 millimètres et d'une saillie de 4 centimètres. Leur incision donnait issue à du sang clair et leur surface de section était d'un jaune rougeâtre, ressemblant à la couleur de la graisse. Après 3 semaines de cure à Carlsbad, diminution de tous les phénomènes diabétiques, les papules étaient en grande partie transformées en macules d'un brun rougeâtre qui, 2 mois plus tard, étaient remplacées par de petites taches pigmentées, brunâtres.

Gans sépare complètement le xanthome vulgaire du xanthome diabétique.

II. — *A. Blaschko*, qui a également vu le malade de Gans, ne saurait accepter l'opinion de Török (*R. S. M.*, XLIII, 604), que le xanthome diabétique diffère essentiellement, par sa nature, du xanthome vulgaire; pour lui, les différences qu'ils présentent ne tiennent probablement qu'à la rapidité différente de leur évolution. Chez les diabétiques, où la marche de l'éruption est plus rapide, ce sont l'hyperémie et la pigmentation consécutive qui forment les phénomènes saillants, ce qui masque la teinte bilieuse des éléments qui ont subi la métamorphose graisseuse.

Fürst, au contraire, adopte la manière de voir de Gans sur l'étiologie spécifique du xanthome diabétique.

E. Saalfeld fait remarquer l'importance de l'observation de Gans, qui constitue le premier cas de xanthome diabétique publié en Allemagne; tous les cas antérieurs étaient anglais. (*R. S. M.*, XXXIII, 570; XXXIV, 622 et XL, 235.) J. B.

I. — ZAMBACO-PACHA. L'aïnhum des auteurs constitue-t-il une entité morbide distincte, ou bien n'est-il qu'une modalité de la léprose? (*Bull. Acad. de méd.*, *28 juill. 1896*).

II. — H. DE BRUN. Même sujet. (*Ibid.*, *25 août 1896*).

I. — Dans tous les cas d'aïnhum vrai, on trouve des stigmates incontestables de la lèpre.

Il faut le considérer comme une forme atténuée de cette maladie. Ses rapports avec la sclérodermie s'expliquent par ce que cette dernière est une forme spéciale de la lèpre.

II. — L'aïnhum est une maladie distincte de la lèpre. Les cas de constriction circulaire dans la lèpre sont très rares, siègent toujours aux doigts et s'accompagnent constamment d'autres manifestations morbides,

indiquant une infection plus ou moins profonde du sang par le virus lépreux ou une localisation de la maladie aux nerfs, à la peau ou aux muqueuses. Dans l'aïnhum on ne trouve pas le bacille de Hansen.

LEFLAIVE.

CANUET et BARASCH. Ioduride maligne à forme mycosique et à terminaison mortelle (*Arch. gén. de méd., oct. 1896*).

La malade présentait une face déformée, œdématiée, hérissée de pustules recouvertes de croûtes jaunes épaisses sur le front et le nez, de pustules non crevées sur les lèvres, le menton, le cou ; sur les joues on voyait de larges ulcérations à bords irréguliers violacés, à fond rouge vineux, saignant, entourées de petites pustules, et de grosses tumeurs mamelonnées, ressemblant à des tomates. Sur les mains prédominaient des bulles violacées, pleines ou crevées, et laissant suinter un liquide séro-sanguinolent.

La malade depuis près d'un mois prenait une dose quotidienne d'iodure de potassium variant de 2 à 3 grammes ; les lésions cutanées avaient débuté au bout de huit jours. Dans les urines on trouve de l'iode. La malade succomba rapidement à une congestion pulmonaire.

L'examen histologique de la peau montra les lésions suivantes : Dermite diffuse totale, dislocation de la structure épidermique, transformation vésiculaire et bulleuse par formation vacuolaire et clivement des régions superficielles et profondes de l'épiderme et du corps muqueux. Hypertrophie des papilles, véritable apoplexie sanguine et lymphatique, hémorragies interstitielles et œdème lymphatique généralisés.

On trouve, en outre, des amas de microbes groupés dans les régions superficielles (strepocoques et staphylocoques) ; il n'y en avait pas dans les parties profondes, les vaisseaux ni les espaces lymphatiques. H. L.

I. — L. JULLIEN et DESCOULEURS. Trois cent cas de gale traités par le baume du Pérou (*Ann. de derm., avril 1896*).

II. — DESCOULEURS. Traitement de la gale par le baume du Pérou (*Thèse de Paris, 1896*).

I et II. — Le baume du Pérou agit sur les acares à la façon d'un toxique; au contact du baume ils périssent en 10 à 20 minutes. La *cinnaméine*, l'huile essentielle du baume est probablement l'agent asphyxiant de l'acare. L'application du médicament est des plus simples; sans lotion savonneuse préalable on étend une couche légère de baume sur toute la surface du corps le soir; un bain de propreté est donné le lendemain. Quand la maladie est ancienne, on peut renouveler sans danger les applications. Sur 300 cas le résultat a été toujours parfait. A. C.

FEULARD. Durée de la période contagieuse de la syphilis (*Annales de derm., VII, 8 et 9, p. 1025, 1896*).

On peut considérer comme répondant à l'immense majorité des faits l'opinion courante qui estime entre 3 et 4 années le temps pendant lequel apparaissent et récidivent dans les conditions habituelles les accidents manifestement contagieux (syphilides des muqueuses) et par conséquent le délai pendant lequel il doit être interdit de se marier. Cer-

tains faits montrent cependant que la transmission peut se faire après 6, 10 ans et même davantage. Ces transmissions tardives peuvent provenir non seulement de plaques muqueuses, mais même d'érosions bénignes en apparence, et peut-être quelquefois de véritables syphilides tertiaires. Le tabac doit être interdit aux fumeurs sujets aux plaques muqueuses et aux érosions buccales. Dans certains cas la contagion s'est effectuée tardivement sans que rien dans la marche de la maladie et les antécédents aient pu le faire prévoir. F. BALZER.

VALERIO. L'isotonie, la densité, l'alcalinité et l'hémoglobine du sang des syphilitiques et ses rapports avec les chlorures, avant et durant le traitement mercuriel (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXXI*, *4*, *p. 437*).

La résistance des hématies chez les individus atteints de syphilis acquise est notablement diminuée pendant la période secondaire ; il en est de même pour l'alcalinité, la densité, et l'hémoglobine. Les chlorures diminuent dans le sang sous l'influence toxique du virus, dès l'accident primitif et surtout pendant la période secondaire. Pour ces divers éléments du sang, les modifications sont en rapport avec la gravité de l'infection et la résistance individuelle. Au contraire, pendant le traitement mercuriel, on les voit augmenter d'une manière constante. La quantité des chlorures est en rapport avec la résistance du sang : elles diminuent en même temps qu'elle faiblit et remontent quand elle augmente. L'auteur croit que la diminution de résistance des hématies dépend de la diminution des chlorures. D'après ses expériences, il croit que le biiodure de mercure à la dose d'un centigramme par jour, est plus actif que le protoiodure à la dose journalière de cinq centigrammes. Il s'est montré plus actif aussi que le bichlorure.

Dans un travail antérieur, l'auteur a montré également que l'iodure de potassium augmente la résistance des globules rouges et remonte le chiffre des chlorures, de l'alcalinité, du poids spécifique et de l'hémoglobine. F. BALZER.

REDAELI. Les globules blancs dans la syphilis (*Giornale ital. d. mal. vener.*, *XXXI*, *4*, *p. 530*).

En contradiction avec plusieurs auteurs, Redaeli conclut de ses recherches que, dans la syphilis acquise secondaire ou tertiaire, le nombre absolu et relatif des globules blancs oscille dans les limites normales de 1 : 100 à 1 : 400. La leucocytose n'existerait donc pas, malgré l'assertion de Virow. Toutefois, l'auteur est moins affirmatif en ce qui concerne la syphilis héréditaire. L'auteur a trouvé dans le sang les formes de leucocytes suivantes : 1° les leucocytes polynucléaires en proportion normale ou à peu près ; 2° les formes mononucléaires ; 3° les globules éosinophiles en augmentation dans le sang des syphilitiques à la période secondaire et tertiaire, et cela en dehors des manifestations éruptives, contrairement aux résultats de Rille.

Dans un cas grave de syphilis héréditaire l'auteur a vu des cellules d'origine médullaire et des globules rouges nucléés. F. BALZER.

STICKER. Atrophie und trockene Entzündung..... (Atrophie et inflammation sèche des muqueuses respiratoires et leur rapport avec la syphilis) (*Deutsches Archiv. für klin. Med., LVIII, p. 118, 1896*).

Le processus d'atrophie et de dessèchement des muqueuses dont le type est la xérose de la gorge, rend fortement suspects de syphilis acquise ou héréditaire les individus qui en sont atteints. L'atrophie de la muqueuse n'est que l'expression partielle de l'atrophie de tout le canal qu'elle revêt. A son maximum elle amène la dilatation des fosses nasales, du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches et enfin du poumon. Cette atrophie peut rester localisée à certaines sections de l'appareil respiratoire. Elle est caractérisée par le développement nul ou insuffisant du système lymphatique : ce qui la distingue des états secondaires liés à la scrofule et à la tuberculose. Les inflammations aiguës sur un terrain xérosique sont des complications accidentelles. Dans ce sens, l'ozène chronique est un accident de la xérose. Cette xérose se distingue des états analogues par sa résistance à l'hygiène et à la thérapeutique, c'est-à-dire par son incurabilité. C. LUZET.

A. FOURNIER. Les chancres extra-génitaux (Leçons recueillies par Ed. FOURNIER) (*1 vol, avec 12 pl. en couleur, Paris, 1897*).

Les chancres extragénitaux sont d'une très grande fréquence, surtout à la région céphalique et les statistiques les mieux faites ne peuvent nous donner qu'un minimum forcément inférieur à la réalité des choses. A la région céphalique, le chancre se rencontre surtout aux lèvres, sous l'influence de trois modes principaux de contagion, génito-buccale, bucco-buccale, contagion médiate. Il présente six types principaux ; croûteux, érosif, papuleux, hypertrophique, ulcéreux, phagédénique. Le chancre hypertrophique qui simule parfois l'épithélioma en diffère par certains signes et surtout par son évolution ; les bords de l'épithélioma sont souvent éversés, en ourlet, saignent facilement, et fournissent à la pression des filaments ou vermiotes constitués par des cellules épithéliales en globes qui ne se rencontrent pas dans le chancre. Si l'on suit l'évolution, le chancre se caractérise mieux encore par l'envahissement rapide des ganglions et par l'explosion des accidents secondaires. Le chancre phagédénique évolue en surface ou en profondeur, il peut se compliquer de gangrène. Enfin parmi les modalités possibles du chancre labial, il faut compter les formes d'apparence plus bénigne, le chancre fissuraire et le chancre nain.

Les chancres de la langue présentent des variétés moins nombreuses que les chancres de la lèvre, mais qui peuvent être confondues avec un grand nombre d'affections ; par exemple, pour la forme érosive, l'herpès, l'aphte, l'hydroa, la leucoplasie, les syphilides secondaires ; pour la forme ulcéreuse, l'ulcère tuberculeux, les syphilides ulcéreuses secondaires ou tertiaires ; pour la forme scléreuse, l'épithélioma, la glossite scléreuse spécifique tertiaire, la glossite dentaire, etc...

A propos des chancres de la muqueuse buccale et bucco-pharyngienne nous signalerons une étude remarquable et complète du chancre de l'amygdale.

Les chancres de l'œil se divisent en deux groupes ; les chancres palpébraux avec les chancres du bord ciliaire, et les chancres de la conjonctive ; ils occupent assez fréquemment les deux angles de l'œil et présentent parfois les variétés diphtéroïde et ulcéreuse. L'adénopathie peut être préauriculaire, parotidienne, sous-maxillaire et quelquefois en même temps cervicale antérieure arrivant ainsi jusqu'au voisinage de la clavicule.

Les chancres du visage sont souvent causés par le baiser ou la morsure et souvent aussi par le rasoir : ce sont eux que l'on rencontre le plus fréquemment chez l'enfant.

Les chancres du cou, du tronc et des membres, sont d'une grande fréquence relative ; leur origine est assez souvent inconnue. Parmi les contaminations d'origine indirecte, il faut remarquer celles qui sont issues des vêtements, du tatouage, des greffes chirurgicales, etc...

Le chancre du sein qui s'observe parfois chez l'homme est fréquent chez la femme. L'allaitement constitue pour la femme une source active de contamination, ainsi que le démontrent les statistiques officielles de l'Assistance publique qui ne contiennent pas moins de 86 cas. L'hérédo-syphilis est la cause principale du chancre du sein, mais il faut aussi tenir compte de la syphilis acquise de l'enfance, du dégorgement des seins par la bouche d'un adulte, du façonnement du bout du sein. Cette dernière coutume a occasionné de véritables épidémies de chancres mammaires à Condé et à Tourcoing. Au début de son évolution le chancre mammaire se présente souvent sous l'aspect le plus bénin, le plus insignifiant, fait d'un haut intérêt pratique et que le médecin ne doit pas ignorer afin de prendre des mesures de sauvegarde pour l'enfant. Dans les cas douteux F. conseille non de congédier la nourrice, mais de suspendre l'allaitement pendant huit à douze jours environ pendant lesquels le chancre aura le temps de prendre une physionomie suffisamment caractéristique.

Les chancres de la main proviennent souvent de contaminations professionnelles, et les médecins fournissent à cet égard un contingent considérable. Ces chancres, au point de vue clinique, présentent certaines variétés à connaître, le chancre panari, le chancre fongueux, végétant. Il n'est pas rare qu'ils s'accompagnent des phénomènes douloureux. Le fait de la pénétration du virus par la région des doigts ne constitue en rien par lui-même un élément de gravité pour l'infection consécutive.

Nous ne pouvons que mentionner l'étude du chancre vaccinal et celle des chancres de l'anus et du rectum ; à propos de cette dernière variété l'auteur réfute l'opinion d'après laquelle le chancre pourrait devenir l'origine d'un rétrécissement du rectum.

Le dernier chapitre est consacré à l'examen de l'opinion accréditée dans le public sur le pronostic relativement grave des syphilis de provenance extragénitale. Il est incontestable que bon nombre d'entre elles sont graves, mais que beaucoup aussi sont susceptibles de formes bénignes. Trois d'entre elles, d'une manière générale, sont d'un pronostic suspect : les syphilis d'origine mammaire, digitale et vaccinale. Mais toujours le caractère malin de ces syphilis relève moins de leur siège spécial au début que des conditions individuelles, propres aux sujets affectés. Conclusion : l'extragénitalité du chancre ne constitue pas à elle seule un élément de gravité pour la syphilis qui en dérive.

Nous ne pouvons dire qu'un mot à l'éloge de ce livre magistral, c'est que sa lecture est indispensable à quiconque voudra désormais étudier la syphilis primitive. F. BALZER.

I. — NEISSER. De la syphilis maligne (*Annales de derm., VII, p. 1122, 1896*).

II. — TARNOWSKY. Idem (*Ibidem, p. 1127*).

I. — Neisser sépare la syphilis maligne de la syphilis grave par ses localisations. Elle est caractérisée par les phénomènes généraux très accusés provenant de l'intoxication : fièvre, anémie, insomnie, etc. ; par les éruptions pustuleuses et ulcéreuses très précoces, quelquefois par des accidents hémorragiques. Les phénomènes généraux appartiennent en propre aux syphilis malignes précoces et les distinguent des syphilis tertiaires ulcéreuses dans lesquelles ils font défaut. En outre, la syphilis maligne diffère de la syphilis tertiaire par la rapidité du développement des syphilomes et des ulcérations et l'absence du caractère serpigineux de celles-ci; la dissémination opposée à la localisation des lésions tardives; l'action irrégulière de l'iodure sur le processus ulcéreux de la syphilis maligne. Enfin des accidents secondaires, tels que les plaques muqueuses ou des exanthèmes, peuvent accompagner les lésions ulcéreuses ou leur succéder. Le traitement mixte est celui qui convient le mieux à la syphilis maligne. Avec l'ulcération du tissu, il se produit une infection mixte de staphylocoques; mais cette infection est secondaire; on peut remarquer que, dans ces cas, les infiltrats profonds, du périoste, par exemple, ne suppurent pas. On peut redouter une syphilis maligne quand l'accident primitif a été phagédénique. Aux traitements par l'iodure et le mercure, on est souvent amené à ajouter les cures accessoires par les toniques, les bains sulfureux, les bains de mer, etc.

II. — Tarnowsky explique principalement la malignité de la syphilis par l'infection simultanée de l'organisme par la syphilis et les microbes pyogènes, surtout les staphylocoques aureus et albus et certains bacilles. Cette infection mixte pyo-syphilitique explique le phagédénisme du chancre dans ces cas et la production des boutons ou nœuds pyo-syphilitiques, tels que l'ecthyma, l'impétigo, le rupia. Cette infection mixte peut se révéler par plusieurs poussées. Quant aux gommes proprement dites, elles manquent à cette période et n'apparaissent que beaucoup plus tard ou même font défaut; les nœuds pyo-syphilitiques sont infectants, ce qui les distingue encore des gommes qui ne sont pas contagieuses. Il faut distinguer cette forme de la syphilis maligne de la syphilis tertiaire précoce dans laquelle des accidents d'ordre tertiaire, tels que les gommes, peuvent se montrer dès la seconde année. Tarnowsky admet trois formes de la syphilis grave : l'infection pyo-syphilitique; la syphilis à accidents gommeux prématurés; la syphilis à localisation défavorable. Les injections intramusculaires de sels mercuriels, et notamment de salicylate de mercure, lui ont paru donner les meilleurs résultats.

F. BALZER.

A. FOURNIER. Roséoles syphilitiques à récidives multiples (*Ann. de derm., VII, p. 1141, 1896*).

La roséole, manifestation secondaire par excellence, peut récidiver plusieurs fois et se présenter très tardivement pendant la période tertiaire. L'auteur cite des cas où elle a été observée 5, 6, 7 et 8 fois. Ces éruptions ont été observées jusqu'à la sixième année et même au delà. Elles se voient chez des sujets qui se sont traités correctement et chez lesquels elles récidivent malgré le traitement. Fournier en rapporte huit observations fort intéressantes. Les roséoles récidivantes sont moins étendues et ont des éléments éruptifs moins nombreux que dans la première éruption, et qui diminuent de nombre dans les poussées successives; leurs éléments éruptifs sont larges, d'un rose pâle, affectant souvent le type annulaire ou ovalaire à centre sain. Elles se résolvent lentement d'une manière spontanée, mais cèdent assez facilement au mercure qui doit être administré assez longuement d'une manière préventive. En terminant, l'auteur établit le diagnostic différentiel entre ces roséoles et l'érythème circiné tertiaire, à éléments éruptifs rares, en cercles ou ovales, beaucoup plus étendus, évoluant lentement et résistant opiniâtrement au traitement. F. BALZER.

KRÖNIG. Doppelseitige intrabronchiale Stenose syphilitischen Ursprungs (*Berlin. klin. Woch., p. 970, 4 nov. 1895*).

Femme de 38 ans. Emaciation, cyanose des lèvres, orthopnée, 38°,5, 140 pulsations. Dilatations veineuses au niveau du front, des tempes et de la région thoracique antérieure droite; rétraction des espaces intercostaux inférieurs; du côté antérieur droit de la poitrine, matité dans l'espace d'une main avec respiration rude et quelques râles humides. En arrière, aux bases, matité avec respiration bronchique prolongée, accompagnée et parfois masquée par des râles à bulles moyennes, surtout à gauche. Absence de la luette. Foie volumineux et dur. On diagnostique un rétrécissement intrabronchique bilatéral, de nature syphilitique, avec pneumonie catarrhale. Mort deux jours plus tard. A l'autopsie, bande de tissu cicatriciel commençant au niveau du dernier segment de la trachée et descendant sur une longueur de 6 centimètres; l'orifice des bronches correspondantes est rétréci, surtout à gauche, il admet à peine un crayon mince; au centre de la traînée cicatricielle se trouve une ulcération au fond de laquelle est visible un ganglion calcifié et en partie macéré; nombreux foyers de broncho-pneumonie, confluents dans les deux poumons. Pleurésie fibrineuse récente avec adhérences des deux plèvres. Pneumonie fibreuse circonscrite. Cicatrices de l'épiglotte et du foie. J. B.

E. BRUUSGAARD. Névrites cubitales dans deux cas de syphilis secondaire (*Norsk Magazin, août 1896*).

1° Fille de 18 ans est atteinte depuis deux mois de syphilis et présente les symptômes de syphilis secondaire; quatre jours après l'entrée apparaissent des symptômes névritiques bien caractérisés et exactement localisés dans la région du nerf cubital gauche. Guérison par KI.

2° Syphilis secondaire récidivante, la maladie remonte à 1 an 1/2. Pendant le séjour à l'hôpital, se manifeste une névrite cubitale gauche; déjà, avant

l'entrée, le malade paraît avoir été atteint de symptômes analogues du côté droit. Amélioration sensible par KI. H. FRENKEL.

PELLIZZARI. Sérumthérapie de la syphilis (*Clinica moderna, 15 fév. 1896*).

Homme de 23 ans, atteint de syphilis grave avec adénopathies multiples. Le 8 juillet, injection d'un demi-centimètre cube de sérum antisyphilitique, sans aucune réaction locale. Le 10, le 11 et le 12, injection d'un centimètre cube, donnant lieu à du malaise et à quelques troubles cérébraux. Continuation des injections jusqu'au 24 août, ce qui n'empêche pas la roséole de survenir, ainsi que de l'albuminurie, d'ailleurs passagère. A la fin d'août, éruption papuleuse sur le tronc : disparition de tous les symptômes en octobre.

H. R.

Robert H. GREENE. The treatment of syphilis by means of the toxins of erysipelas and the bacillus prodigiosus (*Med. News, p. 396, oct. 1896*).

Greene a traité 10 malades par l'injection hypodermique de toxines de streptocoque érysipélateux et de bacillus prodigiosus. Ces injections ne produisent aucune réaction locale ou générale sérieuse : dans presque chaque cas, les modifications des manifestations cutanées s'observent dès 48 à 72 heures après l'injection ; malheureusement, il est difficile de porter un jugement précis sur l'action réelle des injections, étant donné la difficulté d'avoir des solutions contenant des toxines de caractère et de force identiques. La réapparition, dans 2 cas, de l'éruption cutanée tendrait à montrer que nous ne devons pas conclure, de la disparition de ces manifestations, à un changement permanent dans le cours de la maladie.

MAUBRAC.

T. BAER. Zur Wirkung d. Iodkali..... (Sur l'action de l'odure de potassium dans les premières périodes de la syphilis) (*Therap. Monats., p. 343, oct. 1896*).

L'iodure semble agir sur la syphilis en favorisant l'élimination des toxines. Dans la période secondaire, il réussit dans tous les cas où les lésions prennent le caractère hypertrophique. PAUL TISSIER.

SPRECHER. Du nitrite de soude dans le traitement de la syphilis (*Giorn. ital. d. mal. vener., XXXI, 4, p. 453, 1896*).

A l'exemple de Petrone, l'auteur a essayé l'emploi des injections sous-cutanées de nitrite de soude dans la syphilis. 10 sujets ont été traités, recevant en moyenne 0,50 centigrammes de nitrite par jour, et en tout dans le traitement 9 à 12 grammes. Les résultats ont été à peu près nuls. F. BALZER.

THIBIERGE. Les injections mercurielles dans le traitement de la syphilis (*Presse méd., oct. 1896*).

Thibierge étudie dans ce travail les injections mercurielles et cherche à tirer les conclusions principales qui se dégagent de la discussion soutenue cette année à la Société de dermatologie. Suivant lui, les injec-

tions de calomel sont indiquées dans les manifestations syphilitiques graves, par leur localisation, leur marche rapide, leur résistance aux autres méthodes de mercurialisation, leur récidive; elles sont indiquées toutes les fois qu'il y a urgence à établir rapidement sur des bases certaines le diagnostic d'une lésion susceptible d'être de nature syphilitique. Les injections insolubles peuvent être employées dans le traitement de la syphilis chez les malades qui, dûment avertis de leurs inconvénients (douleur, possibilité d'abcès), consentent à se soumettre à un traitement dont l'activité a fait ses preuves, et qui leur offre l'avantage de faire disparaître toute trace de médicament, à la condition qu'il n'existe pas de contre-indication à leur sujet. Dans ces cas, les injections d'huile grise sont préférables aux injections de calomel. F. BALZER.

LANE. Traitement de la syphilis par les injections intraveineuses de solutions mercurielles (*Annales de derm., VII, p. 1215, 1896*).

L'auteur emploie la solution de cyanure Hg à 1 0/0; il injecte à chaque fois un peu plus de 12 milligrammes. Il a traité ainsi 76 malades et fait environ 1,000 injections. Les résultats thérapeutiques ont été très satisfaisants. Dans 2 cas où l'on avait piqué à côté de la veine, il y eut un petit abcès. Il n'y a jamais eu de thrombose et pourtant, dans un cas, 23 injections furent faites à chaque bras. F. BALZER.

FEIBES. Sur le traitement mercuriel prolongé (*Annales de derm., VII, p. 1217, 1896*).

Avant tout traitement mercuriel, il faut s'assurer de l'intégrité du rein et des poumons. Les pesées faites deux fois par semaine sont un excellent moyen de s'assurer si le traitement est bien supporté. Les garçons de bains d'Aix-la-Chapelle font les frictions 6 heures par jour avec la main nue; leurs urines et leurs fèces contiennent de notables proportions de mercure. Pourtant ces hommes se portent bien; l'un d'eux fait ce service depuis 33 ans. L'auteur rapporte des exemples de malades qui ont subi des frictions régulières pendant plus de 3 mois et même 5 mois. Le traitement par les frictions est celui qui convient le mieux pour la mercurisation prolongée. F. BALZER.

F. BALZER. Traitement de la chancrelle phagédénique par l'irrigation continue avec la solution chaude de permanganate de potasse (*Annales de derm., VII, p. 1215, 1896*).

Deux cas de bubons chancrelleux et phagédéniques ont été traités par l'irrigation continue avec la solution de permanganate de potasse à 1/1000 portée au-dessus de 40 degrés. L'un, qui datait de 5 mois, fut guéri en 3 semaines; le second, qui datait de 3 mois, guérit en 11 jours. Les séances étaient de 3 heures en moyenne; dans l'intervalle, les malades étaient pansés simplement avec de la gaze imbibée de liqueur de Labarraque. A. C.

L. JULLIEN. Note sur l'ulcération blennorragique (*Annales de derm., VII, p. 1218, 1896*).

Cette ulcération s'observe surtout aux lèvres du méat urinaire ; elle a été décrite par Leloir sous le nom d'érosion blennorragique chancriforme. Cette érosion existe aussi chez la femme à l'anus et au rectum ; c'est une lésion superficielle, blanchâtre, à progrès très lents, mais guérissant très difficilement, pouvant durer 3 à 5 mois. Elle s'observe aussi à la vulve, à l'orifice du col utérin, au niveau des glandes vulvo-vaginales. Le plus souvent on retrouve facilement les gonocoques dans la suppuration.

F. BALZER.

VALERIO. Il ricambio materiale nell' artrite blennorragica (*Giorn. ital. d. malvener., XXXI, 4, p. 526*).

Très acides pendant la période aiguë, les urines le sont moins pendant la résolution. L'urée et le chlorure diminuent pendant la période aiguë et reviennent peu à peu à la normale pendant la guérison ; l'excrétion des phosphates suit une marche opposée. Les leucocytes sont en augmentation pendant la période aiguë, au contraire les globules rouges diminuent, ainsi que l'hémoglobine. F. BALZER.

GOLDBERG. Ueber Albuminurie bei Blennorrhœ (*Monatsh. für prakt. Dermatol., XXIII, 8*).

L'auteur, confirmant les observations de Balzer, a observé dans environ 12 0/0 des cas de blennorragie une albuminurie vraie : ce n'est que 2 ou 3 fois sur 100 qu'elle peut être rapportée à une inflammation ascendante ; dans les cinq sixièmes des cas, la seule explication possible est la production d'une néphrite blennorragique par métastase ; le gonocoque peut en effet être transporté par le sang dans les reins comme dans d'autres organes ; les blennorrées se comportent, à cet égard, comme les autres maladies infectieuses. Le pronostic de ces albuminuries est en général favorable, en ce sens qu'elles disparaissent au bout de quelques semaines sans laisser de traces ; dans la blennorrée chronique, l'albuminurie peut persister et dans certains cas conduire à la mort avec les symptômes d'une néphrite chronique ; ce dernier cas est des plus rares et doit être rapporté à un défaut de soins dans le cours de l'albuminurie provoquée par une blennorragie aiguë. H. HALLOPEAU.

MILLET. Du pied plat valgus douloureux d'origine blennorragique (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur qui a étudié cette affection avec Gilles de la Tourette établit que le pied plat valgus douloureux doit être attribué à la blennorragie dans la grande majorité des cas. Toutefois le pied plat le plus souvent est antérieur à l'infection blennorragique et celle-ci ne fait qu'apporter l'élément douleur. Cette forme de pied plat douloureux s'observe surtout chez les gens qui sont obligés de se tenir debout. A un premier degré, il y a

seulement de la douleur et des difficultés pour la marche ; au second degré, les reflexes rotuliens s'exagèrent, il survient de l'atrophie musculaire et probablement des lésions médullaires (Charcot). Les altérations du pied portent surtout sur les tissus périarticulaires. Le repos au lit paraît la condition la plus importante pour obtenir la guérison. F. BALZER.

S. WERNER. Beiträge zur Behandlung der Blennorrhœ (*Monatsh. f. prakt. Derm., XXIII, 3*).

L'auteur fait pratiquer, suivant le procédé de Janet, une irrigation avec 4 litres d'une solution d'ichtyol, d'abord à 1 0/0, puis, au bout de cinq jours, à 2 0/0, et en plus, matin et soir, une injection du même liquide, avec une seringue en contenant de 8 à 10 centimètres cubes ; il a obtenu dans les cas d'urétrite antérieure 95 0/0 de guérison et dans les cas d'urétrite antéro-postérieure, près de 89 0/0. Il croit l'ichtyol indiqué alors même qu'il y a une fièvre intense et du catarrhe de la vessie avec dysurie et hématurie. H. HALLOPEAU.

BOLTZ. Ueber die Resultate der Blennorrhöbehandlung mittelst Argonin (*Monats. für prakt. Dermatol., XXIII, 8*).

L'argonine, employée en solution de 3 à 7,5 0/0 et injectée deux fois par jour dans l'urètre, amène au bout de 3 semaines en moyenne la disparition des gonocoques : elle ne produit à cette dose aucune irritation et elle exerce sur le catarrhe vésical hémorragique de la blennorragie une rapide action curative. H. H.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

LE DENTU et DELBET. Traité de chirurgie, tome II : Maladies des os (*In-8°, Paris, 1896*).

Le second volume de cet important recueil est consacré tout entier aux maladies des os, formant ainsi un véritable traité de ces affections. L'étude des fractures, par *Rieffel*, ne comprend pas moins de 500 pages, comprenant les fractures en général avec les indications des travaux les plus récents sur les résections, le traitement des fractures par le massage, les appareils permettant la déambulation, la suture, etc. Chaque variété de fracture fait l'objet d'une discussion des plus complètes et des plus impartiales des travaux parus sur le sujet.

Les maladies des os, par *Mauclaire*, comprennent deux grandes classes : ostéites microbiennes et amicrobiennes. Sous cette dénomina-

tion, qui concorde étroitement avec les données de la pathologie moderne, éclairée par la microbiologie, M. montre qu'il n'y a pas d'ostéite au sens propre du mot ; qu'il s'agit presque toujours d'ostéomyélite provoquée par un agent infectieux, le staphylocoque doré, le plus souvent (ostéomyélites de croissance, aiguës et chroniques), par le staphylocoque albus, le streptocoque, le pneumocoque, le coli-bacille ou le bacille d'Eberth.

La nécrose ne figure plus, et avec raison, comme une entité morbide à part; ce n'est qu'un symptôme, qu'un résultat de l'inflammation primordiale.

Les maladies amicrobiennes embrassent les affections parasitaires (hydatides, actinomycose), les intoxications chimiques (phosphorisme) les maladies tropho-nerveuses (achondroplasie, rachitisme, ostéomalacie, ostéospathyrose ou fragilité des os, acromégalie, léontiasis, etc..,), enfin les tumeurs proprement dites ou néoplasmes des os.

Cette brève énumération montre comment les auteurs ont envisagé l'étude de cette question et combien ils ont su donner d'intérêt à ce sujet en le mettant au courant des recherches les plus neuves, et en le présentant sous un aspect tout à fait original. A. CARTAZ.

LENOBLE. Le nystagmus et la trépidation épileptoïde, considérés comme syndrome clinique traduisant la marche des anesthésiques à travers l'axe encéphalo-médullaire (*Arch. gén. de méd., sept. 1896*).

Le travail de l'auteur repose sur une cinquantaine d'observations de malades anesthésiés par l'éther. Le nystagmus est un phénomène du début de la résolution musculaire ; il est transitoire, se rencontre dans la moitié des cas ; les secousses sont latérales ; au moment de sa production, le réflexe cornéen persiste plus ou moins affaibli, très rarement aboli.

La trépidation épileptoïde appartient à la période chirurgicale ; elle est presque exclusivement localisée aux membres inférieurs, varie dans son siège, son intensité, sa marche, sa durée sans que la position donnée aux opérés intervienne dans sa production. Dans un seul cas, la trépidation s'est étendue aux membres supérieurs. Les réflexes, et notamment les réflexes patellaires, restent normaux; la trépidation se rencontre dans plus de la moitié des cas (31 sur 44). Lorsque les deux signes s'associent (1 fois sur 2), le nystagmus se constate toujours en premier lieu et la trépidation lui succède presque immédiatement.

L'auteur admet qu'il s'agit de phénomènes d'origine nerveuse dépendant de l'exagération du pouvoir excito-réflexe des centres nerveux. La marche progressive de l'éther serait descendante, envahissant successivement le cerveau, le cervelet, la protubérance annulaire (nystagmus), la moelle épinière (trépidation épileptoïde) dans sa partie inférieure. H. L.

Tito COSTA. Di una nuova particolarita nella technica dell' anesthesia locale cocainica (*2e Cong. med. reg. lig. S. Remo, avril 1896*).

C. indique qu'en se servant de solutions à une haute température 50 à 55° C. on a, même à doses faibles (solutions de 0,5 à 0,4 0/0), une action anesthésique très marquée et qui se produit immédiatement.

D'autre part, la zone de tissu anesthésié est plus étendue. On peut donc, par ce petit moyen, user de solutions plus faibles et avoir une anesthésie meilleure.

A. CARTAZ.

P. RECLUS. De la conservation systématique dans les traumatismes des membres (*Revue de chir., p. 1, janv. 1896*).

D'après les observations de grands traumatismes qu'il rapporte dans ce mémoire, l'auteur attribue aux moyens qu'il emploie la conservation des membres atteints. Après une injection de 10 centimètres cubes d'antitoxine tétanique, que l'on renouvelle au 10e jour, le blessé est enveloppé d'alèzes chaudes; on lui fait, si besoin est, des injections de sérum artificiel, de caféine, d'éther, quand le collapsus est menaçant. Si la sensibilité n'est pas émoussée, on fait quelques inhalations d'éther. Puis le foyer traumatique est exposé, la peau rasée, savonnée, brossée, dégraissée par éther, alcool et permanganate. Le foyer profond est débarrassé de ses esquilles et désinfecté, les lambeaux de muscles, de tendons enlevés, etc. A ce moment, on lave avec eau à 60° et on fouille avec un jet énergique tous les clapiers, toutes les anfractuosités, tous les décollements, on lie, s'il y a lieu, les artères qui donnent.

Avec un tampon imbibé de permanganate, on essuie le foyer traumatique. C'est alors que l'on procède à l'embaumement. Application d'une pommade polyantiseptique (substances absorbables, sublimé, acide phénique et iodoforme et substances pas absorbables, acide borique, salol, antipyrine), étendue sur des bandes de tarlatane que l'on fait pénétrer dans tous les interstices ou décollements.

Puis pansement ouaté, légèrement compressif, avec bande de tarlatane mouillée. Ce pansement est laissé 21 jours. A ce moment les escarres sont tombées. Il ne reste plus qu'à détacher avec la rugine les parties molles qui recouvrent les parties osseuses et l'on en détache le périoste assez haut pour que les tissus puissent constituer un moignon solide et bien matelassé.

Le résultat définitif est excellent. L'auteur termine par ces mots qui résument le travail : « Désormais plus d'amputations traumatiques ! »

F. VERCHÈRE.

Charles GOURDIAT. Thérapeutique chirurgicale des tumeurs des méninges rachidiens (*Thèse de Lyon, 1896*).

Dans les tumeurs bénignes les résultats sont remarquables : 8 guérisons sur 11 cas: la mort, dans les 3 autres cas, était due à une infection qu'on doit pouvoir éviter. Dans les tumeurs malignes, les résultats étaient défavorables; l'opération radicale paraît contre-indiquée; on s'en tiendra à une laminectomie de décompression, dans les formes très douloureuses résistant aux moyens médicaux. Les cancers propagés à la colonne vertébrale, sans localisation méningée, paraissent justiciables de la même intervention, et dans les mêmes conditions, bien qu'aucun essai n'ait été encore tenté.

H. FRENKEL.

Ali KROGIUS. Du traitement chirurgical des tumeurs de la fosse latérale moyenne du crâne (*Revue de chir., p. 434, juin 1896*).

La malade, âgée de 34 ans, souffrait depuis un an de douleurs intenses à la face à gauche. Léger ptosis et myosis à gauche. On diagnostique : Tumeur de la fosse latérale moyenne gauche du crâne (tumeur métastatique extra-cervicale) anesthésie de la face de ce côté. Paralysie de l'œil gauche, rétrécissement de la trompe d'Eustache, une tumeur saillant dans la cavité naso-pharyngienne. Résection temporaire de l'arcade zygomatique et de l'apophyse coronoïde de la mâchoire inférieure; trépanation de la base du crâne et extirpation d'une tumeur de la fosse latérale moyenne de la grosseur d'un œuf de pigeon. Le 6e jour après l'opération, procidence du cerveau; état général pourtant satisfaisant jusqu'au 12e jour, où se déclarèrent des symptômes de méningite. Mort le lendemain. F. VERCHÈRE.

SCHWARTZ. Suture du sinus latéral déchiré par l'extraction d'un fragment osseux enfoncé dans la région temporo-pariétale; guérison (*Médecine moderne, 24 oct. 1896*).

Homme de 26 ans. Coup de pied de cheval, il y a 3 mois, en arrière de l'oreille gauche. Depuis cette époque, perte de la mémoire, surdité, vertiges, étourdissements; diminution de la sensibilité du côté droit. Au-dessus de l'oreille, enfoncement d'un fragment osseux de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Trépanation; l'ablation de ce fragment, adhérent au sinus latéral, est suivie d'une hémorragie due à la déchirure de ce sinus. Deux points de suture sont placés sur la brèche veineuse. Guérison avec disparition des accidents, à part la persistance de quelques troubles de la mémoire. OZENNE.

A. CHIPAULT. Interventions palliatives dans les affections non traumatiques et non microcéphaliques de l'encéphale (*10e Cong. franç. de chir. p. 283, 1896*).

Pour produire la décompression de l'encéphale, on a proposé et pratiqué la résection cranienne et la ponction ventriculaire. Chipault préconise la ponction du cul-de-sac sous-arachnoïdien lombaire, opération simple et peu dangereuse. L'auteur a pratiqué 5 fois la résection cranienne avec une mort et 19 fois la ponction lombaire sans accident. Chez les 23 survivants, voici les résultats qu'il a obtenus : 14 résultats fonctionnels nuls et 9 succès, ces derniers se rapportant à 1 tumeur cérébrale, 2 tumeurs cérébelleuses, 1 hydrencéphalie congénitale, 2 méningites spécifiques et 2 épilepsies essentielles. OZENNE.

LUEBECK. Beitrag zur Behandlung..... (Contribution au traitement des fractures compliquées de la voûte cranienne) (*Beiträge z. klin. Chir., XVI, 1*).

L'auteur rapporte 56 observations ainsi réparties : 15 cas de fissures simples ont été traités, peu après l'accident, par la désinfection soignée de la plaie et la suture, parfois avec drainage pendant 24 heures; 2 morts, la fracture ne fut découverte qu'à l'autopsie; la trépanation préventive paraît tout à fait contre-indiquée. 6 cas de fissures avec enfoncement et esquilles, tous guéris, traités par la désinfection de la plaie, l'ablation des esquilles (au besoin à l'aide de trépanation). 4 fractures comminutives traitées de même ont guéri avec persistance de quelques troubles

cérébraux dans 2 cas. 9 cas d'enfoncement de la voûte ont très bien guéri; sauf 2, ils avaient été traités par l'ablation du fragment enfoncé; une fois le fragment fut dégagé et ramené au niveau du crâne. D'autre part, les fractures infectées déjà, au nombre de 6, dont 4 avec plaie de la dure-mère, ont donné 4 décès (3e au 19e jour); le pronostic, dans ces cas, est donc très grave. Enfin, 16 fractures par armes à feu ont donné lieu à 13 décès dans les 24 heures, sauf 1 survenu par méningite le 16e jour; dans quelques cas, on a eu le temps de faire la trépanation, le nettoyage de la plaie et le drainage du cerveau. ROBINEAU.

KIRMISSON. Des difformités de la colonne vertébrale survenant à la suite de fractures méconnues (*Revue d'orthop.*, *1er nov. 1896*).

K. attire de nouveau l'attention sur ce fait déjà maintes fois signalé par lui, que des traumatismes en apparence fort légers peuvent causer des fractures du rachis parfois méconnues mais qui ne tarderont pas à se manifester lorsque le blessé se lèvera et commencera à marcher. De tels faits ont été observés par Verneuil et par Henle.

K. en publie ici une nouvelle observation provenant de son service aux Enfants-Assistés. Elle concerne un jeune homme de 18 ans ayant fait, en 1892, une chute de 15 mètres de hauteur; ce ne fut qu'en février 1894 que l'on constata une gibbosité énorme de la colonne vertébrale, déformation anguleuse et médiane semblant intéresser la deuxième dorsale et les quatre premières lombaires. Comme conclusion pratique, K. conseille de faire porter aux malades, cliniquement guéris, un appareil de soutien, un corset en cuir moulé. CART.

ENDERLEN. Ein Beitrag zur Lehre von den Fracturen der Lendenwirbelsaure..... (Un cas de fractures de la colonne lombaire) (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, *XLIII*, *4 et 5*, *p. 329 et 411*).

Il s'agit d'un homme de 30 ans qui, le 28 mai 1894, fit une chute de 20 mètres. Pendant cette chute, son dos heurta une échelle, si bien que le blessé glissa en quelque sorte le long de l'échelle pour retomber sur ses pieds. Transporté à l'hôpital sans connaissance, l'examen montra deux saillies douloureuses à la pression au niveau de la 6e vertèbre dorsale et de la 1re lombaire. Pas de phénomènes paralytiques, mais anesthésie limitée à la face postérieure des cuisses, au scrotum, au pénis, aux fesses.

Deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital, il survient une incontinence de l'urine et des matières fécales; puis on nota une atrophie considérable des muscles des cuisses; il y eut formation d'escarres au niveau du sacrum et des trochanters.

Six mois après son entrée à l'hôpital, le malade mourut après les complications suivantes : une fracture compliquée du tarse gauche qui nécessita l'amputation de la jambe gauche; un érysipèle de la cuisse gauche à la suite d'une phlyctène de la hanche; une synovite purulente du dos de la main droite; enfin, une suppuration des articulations du pied ayant nécessité d'abord la résection du pied, puis une amputation de la jambe droite.

A l'autopsie, on trouva une fracture du corps de la 6e dorsale et de la 1re lombaire sans compression toutefois de la moelle; les autres lésions trouvées furent une tuberculose pulmonaire avancée, une tuméfaction de la rate, une cystite, des cicatrices dans les reins. La moelle présentait les signes de la myélite transverse, avec granulations hématiques des méninges.

La question que l'auteur se pose est celle de savoir si une trépanation de la colonne vertébrale, une résection des vertèbres faisant saillie dans le canal vertébral, auraient été de quelque utilité pour le malade ? Il ne le croit pas, étant donné qu'il n'y avait pas de compression de la moelle; en tout cas, un épanchement sanguin, s'il est assez considérable, ne peut être évacué par l'orifice de trépanation. MARCEL BAUDOUIN.

F. FISCHER. Bericht über die Krankenbewegung und Operationen in der chirurgischen Klinik in Strasburg vom 20 Februar bis 1 October 1894 (Quelques cas de la clinique chirurgicale de Strasbourg) (*Deutsche Zeits. f. Chir.*, *XLIII*, *4 et 5*, *p. 41-442*).

Il s'agit d'une statistique des opérations faites à la clinique de Strasbourg, avec description de son organisation. Rien de particulier pour la statistique; l'organisation du service est celle de tous les services où l'asepsie n'a pas encore remplacé l'antisepsie. A la fin, l'auteur rapporte 4 observations cliniques, dont les 2 dernières méritent analyse.

La première concerne un cas de trépanation de la colonne vertébrale pour paraplégie par mal de Pott. Il s'agit d'une femme de 35 ans, qui, 6 mois après une chute, fut atteinte de paraplégie douloureuse avec paralysie de la vessie et du rectum; ces phénomènes relevaient d'une compression de la moelle, occasionnée par une sorte d'ostéite provoquée sans doute par le traumatisme d'il y a 6 mois. On trépana la colonne vertébrale, au niveau des 8e, 9e et 10e vertèbres dorsales. La malade ne retira aucun bénéfice de l'intervention, si ce n'est une atténuation passagère des douleurs.

Dans la suite, il y eut formation d'escharres, cystite, etc. ; la malade succomba 2 mois et demi après l'intervention.

A l'autopsie, on trouva un abcès froid, qui s'étendait de la 6e dorsale à la 1re lombaire avec destruction caséeuse de la 10e et 12e dorsales. La moelle était aplatie et étranglée par les masses caséeuses de la 9e dorsale, qui pénétraient dans le canal vertébral.

La seconde observation est celle d'un cas de laparotomie pour tuberculose de l'articulation sacro-iliaque.

Il s'agit d'une femme de 39 ans, qui, à la suite de son dernier accouchement, fut prise de douleurs dans le ventre sans localisation précise; à la suite d'un violent effort, les douleurs s'accentuèrent et se localisèrent dans la région sacro-iliaque gauche, avec irradiations dans la cuisse. L'examen de la malade, sous le chloroforme, permit de constater l'existence d'une tumeur abdominale s'étendant de la 5e lombaire à la 2e sacrée et paraissant s'insérer au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche.

On opéra la malade; la laparotomie se fit sans difficulté; on trouva un abcès froid, formé autour d'un séquestre des dimensions d'un œuf de pigeon. Le pus fut évacué, le séquestre enlevé, les parois de la cavité grattées, puis une contre-ouverture établie à travers le trou sciatique. Tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée, dont un bout passa par la contre-ouverture, et fermeture du ventre. La malade guérit sans complications. L'examen microscopique du pus montra la présence des bacilles tuberculeux. MARCEL BAUDOUIN.

J. VITRAC. Contusion de la moelle avec paralysie (*Journal méd. Bordeaux*, *2 août 1896*).

Homme de 45 ans; chute de trois mètres de hauteur sur la nuque et la partie postérieure du tronc. Point très douloureux sur l'apophyse épineuse de la

6e cervicale, autour de laquelle existe une zone douloureuse et ecchymotique. Au-dessous de cette apophyse, rapprochée de la 5e cervicale, le doigt enfonce dans une encoche peu profonde. Paralysie complète des membres et du tronc : sensibilité abolie jusqu'à une limite horizontale passant par le 2e intercostal. Abolition de tous les réflexes des membres et du tronc.

Une incision des téguments, de la 4e cervicale à la 2e dorsale, conduit sur une fracture en deux fragments mobiles de l'apophyse épineuse de la 6e cervicale. Le canal rachidien n'est pas ouvert ; on ne constate aucune autre fracture. A partir du 3e jour de l'opération, arrêt des troubles trophiques et amélioration passagère (retour de la sensibilité et de la motilité) qu'interrompt l'apparition de symptômes de méningo-myélite ascendante. Mort.

L'autopsie a démontré qu'il n'y avait ni fracture ni luxation pouvant comprimer la moelle, ni épanchement intra-rachidien, ni rupture des enveloppes de la moelle et des racines nerveuses ou de la substance blanche, et que l'on ne pouvait supposer que des altérations primitives de l'axe gris. Une contusion avec rupture partielle de la moelle par élongation a dû être la cause de la paralysie. OZENNE.

WAGNER. Ueber die Erschütterung des Rückenmarks (Commotion de la moelle) (*Beiträge z. klin. Chir.*, *XVI*, *2*, *p. 493*).

Un homme de 48 ans fit une chute de bicyclette, en traversant un fossé de 50 centimètres de profondeur ; il ressentit coup sur coup deux violentes secousses, fut projeté à terre, et perdit connaissance pendant quelques secondes. Il revint à lui, paralysé des membres supérieurs et inférieurs ; douleurs vives dans les mains ; diminution de la sensibilité aux pieds ; rétention d'urine et des fèces ; organes des sens intacts. Pas de lésion appréciable du rachis. Au bout de 24 heures, les mouvements revinrent un peu aux bras et aux jambes et s'améliorèrent chaque jour. Au bout de 20 jours, les mouvements réapparaissent aux mains et aux doigts et les douleurs diminuent. Cystite dès le 4e jour, traitée par des lavages. Le malade se lève au bout d'un mois, mais la guérison ne fut absolue qu'après 5 mois.

C'est là un exemple typique de commotion médullaire ; et si l'auteur dit qu'on peut attribuer la durée de certains troubles à de petites hémorragies capillaires au sein de la substance nerveuse, il pense cependant que tout doit s'expliquer par la simple commotion. Il rapporte deux autopsies récentes (l'accident remontait à 50 heures et 4 jours) où l'examen de la moelle montra l'intégrité parfaite dans un cas, et dans le deuxième, la présence d'un petit caillot au centre de la moelle. Dans 10 autres cas, où la mort survint de 12 jours à 4 ans après l'accident, on constata la dégénérescence plus ou moins étendue des cordons médullaires. Schmaus, expérimentant sur des chiens, eut des résultats analogues. D'où cette conclusion que la commotion médullaire s'accompagne de lésions histologiques que notre technique ne nous permet pas de déceler, et qui sont révélées ultérieurement par les dégénérescences secondaires. ROBINEAU.

A. CHIPAULT. Un traitement nouveau du mal de Pott ; les ligatures apophysaires (*Méd. moderne, p. 465, 22 juill. 1896*).

L'auteur préconise, comme préliminaire de l'immobilisation par les appareils orthopédiques dans le mal de Pott, la ligature des apophyses

épineuses au moyen d'un fil d'argent que l'on fait passer entre les apophyses de toutes les vertèbres constituant la gibbosité et des deux ou trois vertèbres situées au-dessus et au-dessous. Ce mode de traitement doit être réservé aux cas de gibbosité petite ou moyenne, à début brusque ou à croissance rapide, plus ou moins réductible sous chloroforme et s'accompagnant d'une grande faiblesse rachidienne.

GEGRGES THIBIERGE.

A. CHIPAULT. Remarques sur les fractures isolées transversales du sacrum (*Méd. moderne, p. 393, 20 juin 1896*).

L'auteur insiste surtout sur les troubles sensitivo-moteurs consécutifs aux fractures transversales du sacrum, troubles qui se présentent sous l'aspect de paralysies dissociées et, dans un certain nombre de cas au moins, figurent des types cliniques correspondant à un siège des lésions bien déterminé et corrélatif du niveau de la lésion osseuse.

Dans les fractures passant au niveau des 3es trous sacrés antérieurs, les racines lésées sont les racines coccygiennes, les 5e, 4e, 3e et peut-être 2e sacrées, les troubles moteurs se limitent aux sphincters ano-rectaux et aux muscles intrinsèques du pied, les troubles sensitifs à la région génito-fessière. Dans les fractures passant au niveau des 2es trous sacrés antérieurs ou même plus haut, les racines lésées sont les racines coccygiennes, les 5 sacrées et peut-être la 1re lombaire, les troubles moteurs s'étendent aux sphincters, aux muscles du pied et de la jambe, les troubles sensitifs à la région génito-fessière, à la face postérieure des cuisses, aux jambes, aux pieds dans une étendue variable mais en épargnant d'ordinaire leur partie interne. GEORGES THIBIERGE.

I. — BÄHR. Zur Entstehung der Scoliosis ischiadica (Mode de formation de la scoliose sciatique) (*Centralbl. f. Chir., n° 11, 1896*).

II. — VULPIUS. Idem (*Ibid., n° 14*).

I. — Les modifications statiques survenant à la suite de sciatique, sont les conditions essentielles de la production de la scoliose ; il n'est pas nécessaire que l'inclinaison du bassin se produise vers le côté malade. On peut expliquer par les variétés pathologiques la production d'une scoliose homologue ou hétérologue : si le malade s'accommode mieux de la position d'extension pour son membre malade, il inclinera son bassin vers le côté sain ; au contraire, le membre malade étant en flexion, le bassin s'abaissera de son côté, la scoliose sera homologue ; c'est la forme la moins fréquente. L'auteur a constaté en outre que certains traumatismes du pied, qui entraînent des conditions particulières de statique et de marche, pouvaient s'accompagner de rachialgie, aplatissement de la cambrure lombaire et de scoliose. Il rapproche de même la scoliose statique de celle qui est causée par la sciatique.

II. — Cette théorie n'est pas admise par Vulpius. Un malade inclinera son bassin et son corps vers le côté sain (type hétérologue) quand il marche, car il soulage ainsi la jambe malade ; ou bien il prend l'attitude hanchée en inclinant son bassin du côté malade ; le rachis peut

suivre cette inclinaison (type homologue) ou s'incliner en sens inverse (type concordant de Richer) qui soulage le malade dans la station debout. Cette dernière forme atypique de scoliose a été souveut constatée. La dénomination de scoliose sciatique s'applique bien à ces différents cas, mais non pas à ceux décrits par Albert où la scoliose résulte de l'altération des nerfs lombaires, et est homologue quand les branches antérieures du flexus sont frappées, hétérologique dans le cas contraire. Il s'agit là d'une scoliose « névropathique ». Cliniquement sciatique la scoliose diffère sur plusieurs points de la scoliose statique. Le degré de courbure rachidienne est beaucoup plus prononcé par rapport à l'inclinaison du bassin ; le malade étant debout, les jambes réunies, et le bassin droit, la scoliose augmente plutôt qu'elle ne diminue ; le malade assis, couché sur le dos ou le ventre, suspendu, la scoliose persiste ; enfin, les cas d'inclinaison du tronc vers le côté élevé du bassin sont contraires à l'idée d'une scoliose statique. ROBINEAU.

ABBE. Intradural section of the spinal nerves for neuralgia (*Boston med. surg. Journ., 1er oct. 1896*).

1° Homme de 34 ans, atteint d'une névralgie du plexus brachial droit avec douleurs si intolérables que, tous les traitements ayant été inutiles, on pratiqua, sur la requête formelle du patient, l'amputation du membre au tiers supérieur, sans aucune sédation des phénomènes morbides. On pensa alors à une tumeur ou à un processus inflammatoire soit extra-spinal, soit extra-dural et l'on décide de faire une incision exploratrice le long du ligament rachidien, sur le côté droit, à partir de la troisième cervicale jusqu'à la première dorsale ; les lames sont facilement trépanées, et l'on peut alors voir la membrane durale et la moelle animées de pulsations. Les 7e, 6e, 5e et la moitié de la 4e vertèbres sont trépanées et plus de 6 centimètres de la dure-mère sont ainsi mis à nu. A la palpation digitale on ne trouve ni tumeur, ni foyer inflammatoire soit de la moelle, soit de la ceinture osseuse. Au moyen d'un crochet mousse, les 6e, 7e et 8e nerfs furent saisis à leurs origines hors de la moelle, mais non attirés toutefois hors du canal vertébral, puis les 6e et 7e furent sectionnés juste à leur point d'émergence durale. Aucune rémission dans les douleurs. Le lendemain, on fait la section intra-durale du 8e nerf, et on sectionne de même les racines postérieures du 7e nerf. La plaie de la dure-mère fut ensuite suturée avec un fin catgut ; pansement à la gaze iodoformée. Pas de suites opératoires. Le malade fut suivi pendant plusieurs années : au bout de 4 ans, les douleurs dans le moignon et les sensations de contracture dans les doigts du membre amputé plus tolérables qu'avant les interventions ; 8 ans après, l'état local était toujours le même avec état général satisfaisant.

2° Névralgie brachiale intolérable, division intra-durale des racines postérieures des nerfs des 6e, 7e, 8e cervicales et 1re dorsale. Homme de 45 ans. Début de la maladie en 1885. Inutilité absolue des traitements médicaux et de l'élongation du nerf cubital. Morphinisme. En 1889, état général mauvais ; atrophie des muscles de la main ; les crises douloureuses reviennent par paroxysme plusieurs fois par heure. Section des racines postérieures. Le résultat de l'intervention donne une rémission des crises paroxystiques. L'état général est redevenu assez bon.

3° Homme de 40 ans, vu pour la première fois en 1890. Depuis 4 ans, le bras droit est atteint de mouvements athétoïdes avec névralgie paroxystique de l'avant-bras. Amputation de l'avant-bras sans sédation des douleurs et sans diminution de l'athétose. Amputation du bras au tiers supérieur. Résultats

nuls. En 1894, A. pratique la section des racines postérieures des nerfs des 5e, 6e, 7e et 8e cervicales et 1re dorsale, en réséquant 2 centimètres de chaque; à cause de l'athétose, il divisa aussi les racines antérieures des nerfs des 7e et 8e cervicales. Le malade est revu 18 mois après l'opération ; les mouvements athétoïdes du moignon ont disparu mais le malade, faible d'esprit du reste, accuse toujours des douleurs.

Après ces cas personnels, A. passe en revue quelques faits analogues de Bennett, Tilley, Zabinski, etc., et conclut que l'intervention, même chez les débiles, ne présente aucun risque opératoire et qu'elle est théoriquement rationnelle ; elle trouve son indication dans la névrite ascendante lorsque des moyens aussi énergiques que la résection ou l'élongation du nerf ou bien l'amputation du membre n'ont donné aucun résultat.

CART.

RUOTTE. Quelques remarques sur les sections du nerf radial et leur traitement par la suture (*Arch. prov. de chir., p. 350, juin 1896*).

D., 15 ans, reçoit un coup de couteau qui l'atteint vers le côté externe du coude gauche et sectionne complètement le radial au-dessus de sa bifurcation.

Dans l'interstice du long supinateur et des radiaux, après incision, on trouve facilement le bout inférieur ; il faut inciser dans le muscle pour trouver le bout supérieur. La section a porté à 1 centimètre environ au-dessus de la division du nerf. Les deux bouts sont avivés et suturés avec du catgut fin.

Au 8e jour, la sensibilité est à peu près normale sur tout le membre. Léger degré d'atrophie. Douleur profonde lorsque l'on presse sur la cicatrice. Aucun rétablissement des mouvements. Un mois après, ils n'avaient pas reparu. Au bout de 5 mois, voici quel était l'état du membre. Les doigts ont commencé à s'étendre au 3e mois. Peu à peu, les mouvements sont revenus (sauf la supination, imparfaite) et le malade a autant de force que dans le membre opposé.

L'auteur fait suivre cette observation du tableau de tous les faits publiés de suture du nerf radial et démontre que la suture peut amener la guérison des paralysies consécutives à la solution de continuité du radial, quelles que soient la nature du traumatisme, la date et la variété de la suture.

F. VERCHÈRE.

I. — SCHWARTZ. Des luxations du nerf cubital (*Bull. Soc. chir., XXII, p. 202 et 219*).

II. — DROUARD. Des luxations du nerf cubital (*Thèse de Paris, 1896*).

I. — Un jeune homme de 18 ans, engage maladroitement son bras droit dans un étau. Après guérison de la plaie cutanée, on constate la persistance de certains troubles ; fourmillements du petit doigt ; certain degré d'impotence de l'avant-bras ; sensation de corde qui se déplace, au coude, dans les mouvements de flexion brusque de l'avant-bras sur le bras. L'exploration révèle la présence du nerf déplacé en dedans de l'épitrochlée, et douloureux à la pression. L'expectation n'a rien donné. Schwartz incise, reconnaît le nerf, et le replace dans sa loge, qu'il reconstitue avec du tissu fibreux emprunté au voisinage. Quelques douleurs persistent ; il y avait, en effet, de la névrite.

L'auteur cite les cas analogues (10), parmi lesquels on peut distinguer des luxations habituelles, d'autres traumatiques. La névrite fait leur gravité. Le mécanisme est, soit une contraction brusque du triceps chassant

le nerf, soit un traumatisme direct. Mais, dans les deux cas, une épitrochlée trop petite favorise le déplacement.

Le traitement exige le maintien de l'avant-bras en extension, après réduction du nerf. Dans le cas d'insuccès, on est contraint d'opérer ; il est, de plus, certain que la névrite mettra beaucoup de temps à disparaître.

Après *Quénu*, qui insiste sur le phénomène « névrite », Th. Anger rapporte un cas personnel. Luxation du coude, déplacement du nerf en arrière de l'épitrochlée, et non en dedans. Depuis quatorze ans il persiste un peu d'atrophie des interosseux, et une sensation pénible dans le petit doigt, quand on essaie de le fléchir fortement sur la paume.

Enfin, *Jalaguier* rapporte des expériences cadavériques qui lui ont démontré la nécessité de la rupture, en cas semblables, de l'insertion supérieure du muscle cubital, dont l'arcade fibreuse et les deux chefs maintiennent en place le nerf.

II. — Drouard, dans sa thèse, étudie les deux variétés de luxation du cubital (congénitale et traumatique). Certains naissent avec un cubital luxé, ou plutôt anormalement placé, et en souffrent si peu que cette anomalie passe inaperçue. Toutefois, des accidents de névrite peuvent survenir chez eux; ils sont la règle dans les cas de déplacement traumatique. Il n'y a pas lieu d'intervenir dans les luxations congénitales sans accidents. Dans le cas contraire (névrite, par exemple), et surtout s'il s'agit de déplacements traumatiques avec accidents inflammatoires, D. préconise la méthode de Schwartz.

ARROU.

H. DELAGENIÈRE. Sciatique fémoro-fessière d'origine variqueuse traitée avec succès par la dénudation et la dissociation du nerf (*Arch. prov. de chir., p. 414, juill. 1896*).

Certaines sciatiques fémoro-fessières d'origine variqueuse peuvent être la conséquence de la dilatation propre des veinules du nerf sciatique. Ces sciatiques pourront se diagnostiquer à l'état variqueux du membre inférieur, à l'impuissance des traitements révulsifs, à l'action utile, mais passagère, des massages et de la compression périphérique du membre. Le diagnostic posé, et tous les traitements classiques ayant été essayés sans résultat, on devra agir directement sur le nerf et détruire les veinules jusque dans son épaisseur. Dans le cas de veines volumineuses, avoir recours à la résection des veines entre deux ligatures.

F. VERCHÈRE.

ANGERER. Ueber die Endresultate der Nervenextractionen nach Thiersch (Sur les résultats finals des extractions des nerfs, suivant la méthode de Thiersch) (*Archiv für klin. Chir., LII, 1, p. 179-183*).

Dans 26 cas d'extraction du nerf trijumeau, l'auteur a obtenu 17 succès complets, les douleurs ayant entièrement disparu ; 2 résultats incomplets ou inconstants ; et 7 récidives. Il relève les points suivants : 1° Il importe beaucoup de pratiquer l'extraction aussi lentement que possible (1/2 seconde ou plus pour chaque tour de pince), une torsion trop rapide déchirant trop tôt le nerf. Plus le fragment extrait du nerf est long et plus favorable sera alors le pronostic quant aux récidives ;

2° La cicatrisation de la plaie opératoire se passe sans aucune complication ; il reste une cicatrice à peine visible ; 3° La parésie faciale survenue quelquefois après l'extraction du nerf sous-orbitaire, a toujours disparu au bout de peu de temps.

Il ressort de tout cela que la méthode de Thiersch donne des succès supérieurs à ceux des névrectomies pratiquées jusqu'ici. Ce n'est que dans 2 cas de récidive opiniâtre que l'auteur a recouru à l'extraction des trois branches du trijumeau avec son ganglion et obtenu deux succès complets.

MARCEL BAUDOUIN.

J. Lynn THOMAS. Satisfactory palliative treatment of a case of acromegaly (*Brit. med. Journ. p. 90, 11 avril 1896*).

La malade en question, atteinte d'acromégalie, souffrait depuis 4 ans de douleurs intolérables de tête, avec troubles mentaux, perte de mémoire, gâtisme. Tous les moyens médicaux, y compris l'ingestion de corps thyroïde, avaient échoué. L'auteur enleva le 11 juin un parallélogramme osseux du pariétal gauche, mesurant 4 pouces de long sur 3 de large. L'opération réussit et fut suivie d'une détente considérable dans les phénomènes de compression encéphalique. Les maux de tête disparurent ainsi que l'incontinence d'urine ; la vue reprit son acuité, mais il resta une hémianopsie temporale complète.

H. R.

I. — SABRAZÈS. Les polypes de la face interne des joues (*Arch. nat. de stomat., n° 1, 1896, et Gaz. hebd. Bordeaux, 24 mai 1896*).

II. — Le même. Sur deux nouveaux cas de polypes de la face interne des joues (*Méd. moderne, 23 sept. 1896*).

III. — MONNIER. Polypes fibreux de la face interne des joues (*Soc. anat. Paris, p. 476, juin 1896*).

I et II. — Sabrazès étudie, dans le premier travail, les polypes de la face interne des joues. Dans une seconde note, il en relate 4 nouvelles observations, dont celles de Monnier, et deux nouvelles dont voici le résumé :

1° Homme de 17 ans, ayant, depuis deux ans, sur la face muqueuse de la joue gauche, une tumeur de consistance mollasse, la teinte rosée, du volume d'un pois, étranglée à sa base. A l'examen histologique, fibrome pur.

2° Homme de 56 ans, ayant, depuis deux ans, à la face interne de la joue gauche, une tumeur du volume d'une bille à jouer, ayant la forme d'un grain de raisin, de consistance uniformément molle, sans fluctuation, reliée à la joue par un pédicule très court. Examen histologique : fibrome pur à faisceaux enchevêtrés.

III. — Les observations de M. sont identiques à celles de Sabrazès ; il s'agissait de fillettes de 6 et 12 ans ; les tumeurs étaient de petit volume, fibrome et l'autre fibrolipome.

GEORGES THIBIERGE.

KÜTTNER. Ueber entzündliche Tumoren..... (Tumeurs inflammatoires de la glande sous-maxillaire) (*Beitr. z. klin. Chir., XV, 3*).

L'auteur a observé deux cas d'inflammation de la glande sous-maxillaire, avec augmentation de volume, qu'il rapproche des tumeurs de la tête du pan-

créas, décrites par Riedel. Le 1er est celui d'un homme de 48 ans, qui présente une tumeur de la glande gauche, dure, peu douloureuse, avec quelques ganglions, développée lentement. La glande très adhérente, même à la mâchoire, est enlevée largement avec ouverture de la muqueuse buccale, et ablation des glandes sublinguales ; dans celles-ci, on trouve un calcul comme un noyau de cerise. Aspect de sarcome, à la coupe.

Le 2e cas concerne un homme de 27 ans, qui présente au niveau de la glande sous-maxillaire gauche, une tumeur grosse comme une pomme, peau un peu adhérente, quelques ganglions, légères douleurs. Ablation large avec les parties environnantes qui adhèrent. Dans ces deux cas, l'examen au microscope permet de constater qu'il s'agit d'une inflammation chronique interstitielle avec hypertrophie du tissu conjonctif, et atrophie par places du tissu glandulaire ; examen bactériologique sans résultat. Pas de concrétion dans la glande même, ni dans ses canaux excréteurs.

Il rapproche ces deux cas de l'hypertrophie de la glande parotide avec parotidite, qui, malgré l'aspect de tumeur, peut être diagnostiquée plus facilement que l'inflammation de la glande sous-maxillaire. ROBINEAU.

TIETZE. Ein Beitrag zur Lehre..... (Sur une affection symétrique des glandes salivaires et lacrymales) (*Beiträge z. klin. Chir., XVI, 3, p. 816*).

L'auteur rapporte deux cas de cette rare maladie, l'un de Mikulicz, le second personnel.

1° Un malade de 42 ans présente depuis 7 mois une tuméfaction indolente et progressive des glandes lacrymales, parotides, sous-maxillaires, sublinguales, et des glandes palatines. Extirpation partielle des glandes lacrymales, qui s'hypertrophient de nouveau après 2 mois. Nouvelle ablation, ainsi que des glandes sous-maxillaires, énormes. Examen histologique. Le tissu glandulaire est perdu au milieu du tissu interstitiel hypertrophié, infiltré de cellules rondes, avec un aspect réticulé par place.

2° Un homme de 39 ans présente depuis 10 ans un gonflement des glandes sous-maxillaires, et aussi depuis 6 ans des glandes lacrymales, assez prononcé maintenant pour gêner la vue. Les parotides, les sublinguales, deux glandes palatines sont augmentées de volume. Toutes ces tumeurs sont lisses, élastiques, sans modification des téguments. Extirpation des glandes lacrymales seules. Au microscope, on ne trouve pas traces du tissu glandulaire ; il n'existe que du tissu lymphatique avec des follicules à la périphérie ; beaucoup de cellules éosinophiles, et des cellules géantes. La recherche minutieuse de la tuberculose est négative.

L'auteur a relevé quatre autres cas dans la science. Il considère cette affection comme produite par l'hypertrophie du tissu lymphatique qui, normalement, existe dans les glandes salivaires et se trouve probablement aussi dans les glandes lacrymales; cette prolifération finit par amener la disparition du tissu glandulaire. Il rapproche cette maladie des tuméfactions des organes lymphatiques, hypertrophie des amygdales, végétations adénoïdes, pharyngite granuleuse, etc. La cause en serait une infection chronique à allure très lente. ROBINEAU.

MOTY. Notes sur la maladie de Fauchard (*Gaz. des hôp., 27 sept. 1896*).

D'après les recherches anatomo-pathologiques de M., la maladie de Fauchard est essentiellement caractérisée par une oblitération progressive de la cavité pulpaire et une sclérose de la pulpe. Cette sclérose,

d'après la marche de la maladie, doit être secondaire et consécutive à la compression de la pulpe par la dentine de nouvelle formation. Cette surproduction de dentine serait elle-même le résultat d'une alimentation ou d'une nutrition défectueuse amenant un excès de sels calciques dans l'économie. A. C.

Edwin PFISTER. Ein Fall von Echinococcus der Parotis (*Corresp.-Blatt. für schweiz. Aerzte, n° 3, p. 81, 1er février 1896*).

Italienne de 24 ans, au 7e mois d'une grossesse. Depuis 7 ans, elle a en avant de l'oreille droite une tumeur qui tantôt grossit, tantôt diminue. Sur la région parotidienne droite, tumeur grosse comme un œuf, indolore à la pression et non distinctement fluctuante. Le pilier antérieur droit du palais et les portions voisines de la muqueuse buccale forment une voussure considérable, nettement fluctuante. Au-dessous du pilier glosso-palatin droit, est une place blanchâtre, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, où il y a imminence de perforation. Une incision de la tumeur extérieure donne issue à une grande quantité de pus jaune, très odorant; drain. Le lendemain, quand on change le pansement, issue d'une dizaine de vésicules blanches ayant le volume de noisettes. Le surlendemain, en pressant avec le doigt sur le palais, on fait sortir 4 nouvelles vésicules. Le jour suivant, il sort encore 9 vésicules de dimensions variables et un fluide vitreux, épais. Le 10e jour, la cavité a encore 6cm,5 de profondeur, mais on ne sent plus le stylet à l'intérieur de la bouche. Guérison complète au bout d'une dizaine de jours.

L'existence des crochets ne fut reconnue que par le raclage d'une vésicule. Beaucoup de vésicules étaient stériles; un petit nombre renfermaient des scolex et d'autres des vésicules filles.

La littérature allemande ne contient qu'un cas de kyste hydatique parotidien; c'est celui de Salzer (*Allgem. medicin. Zeitschrf.*, 1857). (*R. S. M.*, XXV, 732 et XLIV, 234.) J. B.

ARMAND. Ostéomyélite tuberculeuse du maxillaire supérieur (*Journal méd. Bordeaux, 12 juill. 1896*).

Homme de 37 ans ayant subi, huit mois auparavant, un traumatisme du maxillaire supérieur suivi de la chute des dents et de formation d'esquilles. Mort de tuberculose pulmonaire constatée à l'autopsie. On note, en outre, les lésions de l'ostéite maxillo-gingivale présentant de plus un nombre considérable de bacilles de la tuberculose associés à divers autres microbes. OZENNE.

ABADIE et JONNESCO. Nature et traitement chirurgical du goitre exophtalmique (*10e Cong. franç. de chir., p. 314, 1896*).

Abadie montre que les théories émises sur la nature de cette affection n'en expliquent pas les manifestations, et il estime que les accidents proviennent d'une excitation permanente des fibres vaso-dilatatrices seules du sympathique cervical ou de leurs noyaux d'origine. Tous les symptômes de la maladie s'expliquent aisément.

La turgescence des artères thyroïdiennes a pour conséquence l'hypertrophie de la thyroïde, qui est secondaire. La dilatation des vaisseaux rétro-bulbaires provoque l'exophtalmie, et l'excitation du sympathique détermine la tachycardie.

Quant aux variétés de formes dites frustes, cela dépend du ou des noyaux d'origine que l'excitation intéresse.

De ces considérations découle ce précepte thérapeutique, que l'on peut faire disparaître l'exophtalmie, ainsi que cela a eu lieu, par la section du sympathique cervical au-dessus du ganglion moyen.

Jonnesco a eu occasion de traiter avec succès deux cas de goitre exophtalmique par la résection totale du ganglion sympathique cervical. Il décrit le procédé opératoire pour enlever tout ou partie du ganglion et des branches du sympathique cervical. OZENNE.

ROCHET. Traitement de l'ankylose temporo-maxillaire par l'ostéotomie de la branche montante suivie d'interposition musculaire (*Arch. prov. de chir., p. 125, mars 1896*).

L'intervention la plus simple, la plus innocente dans tous les cas et entre toutes les mains, paraît être l'ostéotomie de la branche montante, vers sa partie moyenne ; mais il faut : 1° la pratiquer large, en forme de coin, à base haute de 1 centimètre au minimum et correspondant au bord postérieur de l'os ; 2° la faire suivre de l'interposition musculaire, pour assurer la permanence du foyer de section osseuse et créer ainsi une pseudarthrose. C'est l'opération de choix pour la pratique courante.

F. VERCHÈRE.

M.-B. SCHMIDT. Ueber die localen..... (Sur des tumeurs amyloïdes localisées à la langue) (*Archiv für path. Anat., CXLIII, 2*).

B. Schmidt décrit 2 cas de tumeurs amyloïdes localisées à la base de la langue. Les parties amyloïdes renfermaient des nodules cartilagineux et osseux. L'amyloïde s'était accumulé au voisinage des cellules géantes et dans l'intérieur des canaux que Schmidt pense être des vaisseaux lymphatiques. Les cellules géantes avaient pris la place de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques, et c'est sous leur influence que se serait élaborée la substance amyloïde qui remplissait les vaisseaux lymphatiques de la base de la langue. ÉD. RETTERER.

RECLUS. Phlegmon ligneux du cou (*Bull. Soc. chir., XXII, p. 450 et 458*).

Homme, 35 ans, vigoureux, aucune tare. Début 4 mois, par angine, puis gonflement du cou. Ne peut boutonner son col. Examen : plaque médiane entre les deux sterno-mastoïdiens, sans bosselures, dure comme un squirrhe en cuirasse. Certains portent le diagnostic de sarcome dur. Un point rougit et s'ouvre, puis un second, etc..., en tout cinq abcès. Constatation d'un bacille diphtéritique ou pseudo-diphtéritique rare, atténué. Injection de sérum de Roux. Amélioration lente, quitte l'hôpital à peu près guéri. Durée : 6 mois.

Reclus insiste sur ce blindage extrêmement dur, mais en même temps très coloré. Il n'y a guère de différence objective avec une tumeur maligne de la peau. Mais la marche est typique : des abcès isolés, qui s'ouvrent chacun à son tour, laissant la maladie durer des mois.

Après *Monod*, qui cite une observation semblable, *Quénu* et *Reynier*

contestent la spécificité, à un titre quelconque, de ce genre de phlegmon. C'est l'évolution d'un phlegmon chronique quelconque. L'induration et la marche lente tiennent à la formation d'une zone scléreuse excessive autour du point infecté. Sans doute, l'état cachectique favorise cette forme évolutive, opinion partagée par Reclus, qui refuse de conclure lui-même à la spécificité. ARROU.

HENDRIX. Torticolis invétéré ; résection du muscle sterno-cléido-mastoïdien (*Ann. Soc. belge de chir., 15 mars 1896*).

Jeune enfant de 12 ans. Torticolis très prononcé ; la longueur du sterno-mastoïdien n'est que de 5 centimètres ; le chef sternal est entièrement dégénéré. L'opération a consisté à sectionner les chefs sternal et claviculaire à leur insertion osseuse, à disséquer le muscle et à le sectionner à son insertion supérieure. La tête a été ensuite maintenue dans une attitude à peu près correcte ; toutefois la rectitude n'a pu être complète à cause d'un certain degré de scoliose cervicale, occipitale et scapulaire. OZENNE.

O. BLOCH. Torticolis spasmodique; résection du nerf spinal (*Nord. med. Arkiv, n° 6, 1896*).

Homme de 27 ans. Depuis l'âge de 12 ans, légers spasmes du membre supérieur droit ; plus tard, spasmes des muscles frontal et palpébral, du sterno-mastoïdien et du trapèze. Tous les traitements, y compris la ténotomie de la portion sternale du sterno-mastoïdien, restèrent sans résultats. L'auteur pratiqua l'élongation et la résection du nerf spinal. Un mois après, le malade parut guéri. Huit mois après l'opération, on observait encore quelquefois une déviation spasmodique de la tête. L'examen microscopique fit constater que le nerf était sain.

Homme, 48 ans, atteint depuis 2 ans de tic rotatoire ; le sterno-mastoïdien et le trapèze sont pris à leur tour ; le malade accuse en outre des spasmes du long dorsal droit et des fourmillements dans les membres inférieurs, surtout à droite (alcoolisme). L'auteur pratiqua l'élongation et la résection du nerf spinal et d'un rameau cervical. Cinq mois après l'opération, pas d'amélioration. Les nerfs examinés au microscope furent trouvés normaux.

H. FRENKEL.

HARTMANN. Beitrag zur Behandlung des musculären Schiefhalses (Contribution au traitement du torticolis musculaire) (*Beitr. zur klin. Chir., XV, 3*).

Insistant sur la nécessité de connaître les résultats éloignés des diverses opérations contre le torticolis musculaire, Hartmann a relevé les 22 cas opérés à la clinique de Garré, en 15 ans. Le traitement a consisté en section sous-cutanée ou à ciel ouvert, du sterno cléïdo-mastoïdien; quelques jours après, redressement de la tête et immobilisation, puis extension ou même suspension à l'aide de divers appareils. Les résultats sont divisés en 4 groupes : 7 malades (1/3) sont parfaitement guéris ; 3 presque complètement ; 9 gardent encore un léger torticolis ; chez les 3 derniers le torticolis s'est accentué. L'auteur tire quelques conclusions : Dans les cas légers la ténotomie sous-cutanée donne le même résultat qu'à ciel ouvert ; ce dernier procédé a donc l'avantage. Le traitement orthopédique qui réussit parfaitement dans les cas légers, n'a pu

assurer, pour les cas graves, une guérison durable, sauf dans l'un d'eux où la ténotomie a été accompagnée du redressement de la scoliose vertébrale. Quant aux récidives, elles s'observent lorsque la dégénérescence musculaire continue à s'étendre et produit de nouveau un raccourcissement. Hartmann restreint à ces cas l'indication de l'ablation totale du sterno-mastoïdien, recommandée toujours par Mikulicz. Il ne pense pas que le redressement de la colonne vertébrale, préconisé par Lorenz, s'oppose aux progrès de cette dégénérescence. ROBINEAU.

W. NUNN. Chronic cancer (*The Lancet, p. 484, 22 fév. 1896*).

Une femme s'était présentée pour le 1re fois à la consultation en 1862, âgée de 37 ans, atteinte d'une tumeur squirrheuse du sein droit, avec ganglions axillaires tuméfiés. Le sein fut enlevé en septembre 1862. En 1878, on constatait une récidive à la partie supérieure de la cicatrice : nouvelle opération. En 1893, plus de 30 ans après le début de la tumeur, on constatait des noyaux assez volumineux dans l'aisselle, avec de l'œdème au bras; mais, en février 1896, la malade peut encore exercer son métier pénible.

Num rappelle l'histoire d'une autre femme opérée d'un cancer pour la 1re fois en 1873, pour la 2e fois en 1880, pour la 3e fois en 1882, et en 1893 encore vivante.

Howard Marsh cite une femme qu'il a opérée 10 fois en 18 ans pour cancer récidivant de la mamelle. MAUBRAC.

CAMPOS-HUGUENEY. Anévrisme fusiforme suppuré et gangrené de l'artère mammaire interne droite (*Dauphiné méd., 1er fév. 1896*).

Homme de 51 ans, alcoolique et tabagique ; athérome généralisé. Le début de la maladie a été marqué par des douleurs sourdes dans le 3e espace intercostal droit et, peu après, par l'apparition, à ce niveau, d'une petite tumeur dure et indolente, qui progresse et est incisée quelques mois plus tard. Pendant la dissection de la poche, prise pour kyste sébacé, hémorragie artérielle abondante qu'on arrête par la compression.

11 jours plus tard application de pointes de feu sur la tumeur, grosse comme un œuf de poule ; nouvelles hémorragies inquiétantes. Le malade est vu par un autre médecin, qui porte le diagnostic d'anévrisme gangrené de la mammaire interne et pratique la ligature de l'artère dans le premier intercostal droit. L'anévrisme continue à battre les jours suivants et la mort survient 4 jours après l'intervention.

A l'autopsie on constate que la poche extra-thoracique, dont la paroi est gangrenée, a usé et en partie détruit les 3e et 4e cartilages costaux et le bord droit du sternum. La portion intrathoracique, très épaisse, adhère à la plèvre. L'artère mammaire, non altérée, débouche dans le sac. OZENNE.

A. RITSCHL. Ueber Lymphangiome..... (Lymphangiome des muscles striés) (*Beitr. zur klin. Chir., XV, 1*).

L'auteur rapporte deux cas de cette rare affection, observés à la clinique de Kraske :

Le premier concerne une jeune fille de 9 ans, qui, depuis trois ans, portait à la main et à l'avant-bras gauche une tumeur molle. L'extirpation montre qu'il s'agit d'un angiome développé au niveau des gaines tendineuses et ayant envahi les muscles. Récidive, suivie d'une deuxième extirpation, un an et

demi après. On constate que la tumeur est infiltrée au sein même des muscles, entoure le nerf médian et l'artère cubitale; celle-ci est réséquée sur 8 centimètres; on enlève le fléchisseur de l'index. Compression, réunion secondaire. Quatre ans après, on constate une récidive dans la paume de la main, stationnaire depuis longtemps.

L'examen histologique, après la seconde intervention, montre qu'il s'agit d'un hémato-lymphangiome. On rencontre des nodules, constitués par du tissu lymphoïde, foyer de production de leucocytes; et, fait unique jusqu'à présent, deux noyaux cartilagineux. Cette dernière particularité porte l'auteur à penser que beaucoup de lymphangiomes sont d'origine congénitale.

La 2e observation est celle d'un jeune homme de 19 ans, qui porte depuis l'âge de 12 ans une tumeur de la face interne de la cuisse droite, récidivée après une opération un an auparavant. Cette tumeur, grosse comme une noix, est de nouveau enlevée, en la séparant du tissu musculaire où elle est enfouie. Tamponnement; suture secondaire; guérison. Après la première intervention, on avait constaté un lymphangiome pur; après la seconde, il s'agit d'un hémato-lymphangiome. Sans doute il y a eu irruption de sang dans les vaisseaux lymphatiques; on a d'ailleurs observé des cas où la communication entre ceux-ci et les vaisseaux sanguins avait été spontanée; peut-être beaucoup d'angiomes ne sont-ils que des hémato-lymphangiomes. ROBINEAU.

BERLIN. Traitement de la septicémie postopératoire par les injections intra-veineuses de sérum artificiel, rapport de POZZI, et discussion (*Bull. Soc chir., XXI, p. 798 et XXII, p. 1*).

Deux observations de Berlin, avec guérison consécutive aux injections répétées (hystérectomie, infection généralisée consécutive à un panaris). Au lieu de la voie veineuse, Pozzi préfère l'injection de 200 grammes dans le tissu cellulaire, manœuvre destinée à être répétée plusieurs fois dans la journée. Monod, Peyrot, Segond s'en sont bien trouvés. Celui-ci note les résultats contradictoires obtenus jusqu'ici dans les cas de septicémie. Mais, quand il s'agit de choc, consécutif à l'opération ou aux hémorragies, l'injection de sérum relève rapidement l'état des blessés. D'ailleurs, on sait depuis longtemps qu'une dose, même très faible (20 grammes), de solution salée chaude suffit à relever les malades de la dépression postopératoire.

Michaux donne les résultats de sa pratique dans les septicémies péritonéales postopératoires. L'injection est d'un grand secours, mais elle ne suffit pas. Le grand drainage abdomino-vaginal, suivi de lavages abondants au sublimé, à l'eau salée ensuite, parvient quelquefois à arrêter les septicémies les plus redoutables. Quand il s'agit d'une laparotomie, on ouvre le cul-de-sac postérieur, afin de drainer à la fois par le vagin et par l'angle inférieur de la plaie abdominale. Dans les cas d'hystérectomie, il faut enlever les tampons, qui s'opposent souvent à l'écoulement des liquides septiques, et pratiquer une ouverture abdominale pour réaliser ainsi le drainage à courant abdomino-vaginal. ARROU.

HELFERICH. Précis iconographique des fractures et des luxations, traduction de Paul DELBET (*Paris, 1896*).

Ce livre tend à mettre sous les yeux du lecteur la reproduction de toutes les fractures et luxations qui peuvent se produire sur le squelette.

Il fait partie d'une série d'atlas manuels ayant pour but l'enseignement de la médecine et de la chirurgie par la vue. Les planches font ressortir la disposition du trait de fracture, le déplacement des fragments, l'attitude des membres, la situation occupée par la surface articulaire déplacée. Il est facile d'en déduire les symptômes présentés par le malade, le traitement employé. Au texte de Helferich, Paul Delbet a ajouté des notes dans lesquelles il a relevé les nouvelles indications opératoires données par les fractures, la réduction à ciel ouvert, la résection des extrémités articulaires, la suture des parties fracturées. Les statistiques rapportées par l'auteur semblent favorables à cette chirurgie nouvelle. F. VERCHÈRE.

I. — CANON. Klinische, bakteriologische und experimentelle Beiträge zur Osteomyelitis (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 8, p. 166, 24 fév. 1896*).

II. — KAREWSKI. Divers cas d'ostéomyélite (*Ibid.*, *n° 11, p. 240, 16 mars 1896*).

III.— LEXER. Ueber Osteomyelitis experimentelle (*Ibid.*, *n° 20, p. 449, 18 mai 1896*).

I. — Étude basée sur 70 cas d'ostéomyélite, dont 31 admis pendant la phase aiguë; l'âge de ces malades oscillait entre 9 mois et 20 ans pour 30 d'entre eux; chez 15, une articulation était atteinte, dont 5 fois la hanche; 4 des suppurations coxo-fémorales ont été mortelles. Parmi les 39 malades entrés dans la période chronique, 6 avaient une ankylose du genou. Des 6 malades, auxquels on dut faire immédiatement l'évidement de la moelle, 5 ont succombé et le 6e dut être amputé. Dans 20 cas, on put découvrir une cause occasionnelle et dans 6 un agent infectieux comme point de départ de la maladie.

L'examen bactériologique du pus a été fait dans 26 cas, et a décelé : 11 fois le staphylocoque doré; 4 fois le staphylocoque blanc; 4 fois des streptocoques; 3 fois des staphylocoques dorés et des streptocoques; 2 fois des staphylocoques blancs et des streptocoques; 1 fois les staphylocoques doré et blanc et 1 fois des diplocoques.

L'examen du sang, pratiqué dans 13 cas, a été 4 fois négatif : 3 fois il n'y avait de microorganismes que dans le sang cadavérique; 3 fois il n'y en avait que dans le sang du vivant et 3 fois avant et après la mort.

Canon a provoqué, chez de jeunes lapins, les lésions caractéristiques de l'ostéomyélite en leur injectant dans les veines des cultures de staphylocoques, provenant de pus humain d'ostéomyélite, à la dose de 1 à 3 centigrammes. Ces animaux succombaient dans un temps variable de deux à quatorze jours, en présentant tous des foyers osseux.

Canon n'a pas réussi à déterminer de l'ostéomyélite avec les bacilles typhoïdique, colique, diphtéritique; les animaux mouraient dans un laps de temps variable de dix heures à vingt jours, sans que leurs cadavres continssent de microorganismes. L'injection de bacilles pyocyaniques a donné 1 fois une suppuration articulaire avec pus renfermant ces bacilles. Les pneumocoques ont entraîné rapidement la mort, par infection générale. Seule, l'injection de streptocoques a produit, comme celle de staphylocoques, une ostéomyélite caractérisée. Canon n'a pu parvenir à déterminer de l'ostéomyélite par l'introduction de staphylocoques dans l'estomac.

D'autre part, il a conféré l'immunité à des animaux contre l'ostéomyé-

lite, par staphylocoques, en leur injectant dans la veine auriculaire ou dans le péritoine du sérum sanguin d'un jeune garçon convalescent d'ostéomyélite ou des cultures atténuées, à condition, toutefois, que l'infection fût provoquée avec des staphylocoques dont la virulence n'était pas exaltée par un passage antérieur à travers le corps animal.

II. — Karewski est partisan de l'opération radicale précoce dans toutes les ostéomyélites aiguës où l'état des malades ne paraît pas absolument désespéré; sur 19 trépanations, il n'a eu aucun décès. Observations à l'appui.

III. — Lexer a cherché à provoquer de l'ostéomyélite chez de jeunes animaux en les infectant, par la voie buccale, à l'aide de badigeonnages du pharynx avec des cultures microbiennes. Le résultat a été négatif avec les microbes pyogènes ordinaires, mais positif avec un bacille pyogène spontané du lapin, bacille dont Schimmelbusch a montré l'exquise virulence. J. B.

JORDAN. Ueber atypische Formen..... (Sur les formes atypiques de l'ostéomyélite aiguë) (*Beiträge zur klin. Chir., XV, 2*).

A côté de la forme aiguë, typhique, de l'ostéomyélite, et de la forme subaiguë, à marche chronique, il existe une forme sclérosante, intéressante en clinique à cause de sa ressemblance avec l'ostéosarcome. Jordan en cite deux exemples :

Un jeune homme de 20 ans est pris, cinq mois auparavant, de fièvre et de douleurs dans l'épaule droite et le bras. Au bout de huit jours apparaît du gonflement qui ne cesse d'augmenter. Il y a, au moment de l'examen, 11^{cm}1/2 de différence entre les circonférences des deux bras. Tumeur dure, osseuse, sillonnée de veines. Diagnostic probable d'ostéosarcome. Incision exploratrice; on tombe sur des granulations qui remplissent des cavités creusées dans l'os; on retire plusieurs séquestres. Guérison avec fistule. Trois mois après, ablation d'un gros séquestre de la tête humérale.

Le second malade, 41 ans, souffre de la cuisse depuis quatre mois ; douleurs sourdes, et s'est fait il y a trois mois une fracture spontanée du fémur. Celle-ci ne se consolide pas et une fistule se produit. On trouve une tumeur osseuse presque indolente; la circonférence du membre est augmentée de 20 centimètres. Raccourcissement de 7 centimètres. Sarcome probable. Incision exploratrice. Ablation de séquestres et de granulations. Six semaines après, nouvelle incision. Ablation d'un gros séquestre de 5 centimètres. La fracture est consolidée. Le malade guérit avec deux fistules.

L'auteur conclut à l'utilité de l'incision exploratrice dans les cas d'ostéosarcome. ROBINEAU.

Arthur BARTH. Ueber Künstliche Erzeugung von Knochengewebe und über die Ziele der Osteoplastik (*Berlin. klin. Woch., n° 18, p. 1, 6 janv. et n° 14, p. 310, 6 avril 1896*).

Les expériences antérieures de Barth (*Ziegler's Beiträge zur pathol. Anat.*, XVII) montrent que, dans les greffes faites pour combler des pertes de substances osseuses, la différenciation du tissu conjonctif en tissu osseux s'opère surtout par l'utilisation des sels calcaires de la greffe. Pour approfondir cette question, Barth a entrepris des greffes

avec des os calcinés. En arrêtant l'action de la chaleur à temps, les os contiennent encore à leur intérieur du charbon non comburé qui les rend moins friables. Cette cendre ou charbon d'os, placée dans une perte de substance osseuse, sert à l'édification d'un jeune tissu osseux, de la même façon que des os macérés ou frais; il semble que la néoformation d'os s'effectue plus rapidement qu'avec un os simplement macéré. On a là une nouvelle preuve que, pour obtenir par du tissu osseux une perte de substance des os, il suffit d'y introduire des sels calcaires, quelle que soit d'ailleurs leur provenance, puisque Stachow (*Beiträge zur klin. Chirurg.*, XII) et Martin (*R. S. M.*, XLIV, 435) ont obtenu le même résultat avec du plâtre. Les derniers doutes qui pourraient rester sur la justesse de cette manière de voir sont levés du fait que les greffes de charbon d'os dans les parties molles (cavité abdominale, tissu sous-cutané, muscles) y provoquent aussi une néoformation de tissu osseux. Ainsi se trouvent expliquées les formations hétérotopiques de tissu osseux qu'on rencontre dans les vieux goitres kystiques et les sacs anévrismaux.

Barth conclut que les os calcinés constituent le moyen le plus commode de greffe osseuse, puisque tout en contenant le principe actif, ils ont les avantages d'être facilement stérilisés, résorbables, poreux et de dimensions réductibles à volonté entre les doigts. Barth a réussi de cette manière à amener la consolidation osseuse d'une pseudarthrose tibiale existant depuis 2 ans chez une malade atteinte de rachitisme extrême avec atrophie des os. J. B.

G. MONDAN. La tuberculose du poignet (anatomie pathologique et résection) (*Revue de chir., p. 186, 1896*).

La tuberculose du poignet est presque toujours d'origine osseuse. Elle se dissémine facilement et rapidement dans les divers segments osseux et les multiples articulations de la région. C'est la forme carpienne qui est la plus fréquente, présentant deux variétés, une supérieure avec tendance à l'invasion des extrémités radiocubitales, et une inférieure avec foyers secondaires vers le métacarpe. La forme la plus fréquente est l'érosion cupuliforme. L'infiltration est rare, ainsi que les séquestres; souvent existent des ankyloses d'osselets entre eux, aussi faut-il enlever tous les osselets, sauf le pisiforme et le trapèze. Du côté des extrémités radiocubitales on trouve assez souvent des lésions limitées, cependant celles qu sont étendues nécessitent des résections élevées. Les lésions primitives du métacarpe sont aussi rares que sont fréquentes les lésions secondaires, presque constantes, aussi la résection des extrémités supérieures des métacarpiens sera-t-elle presque toujours nécessaire, parfois même l'ablation d'un métacarpien tout entier peut s'imposer ainsi que celle du doigt qu'il supporte.

Les lésions contemporaines des gaines synoviales paraissent fréquentes primitivement : elles sont secondairement envahies dans tous les cas. Elles peuvent être inégalement prises et autant on doit être large dans les excisions osseuses, autant il faut ici se montrer conservateur.

La mortalité opératoire, dans la résection du poignet, opération de choix, n'a été que de 1,10 0/0. La mortalité secondaire est presque toujours due aux progrès de la tuberculose continuant son évolution ou re-

paraissant sous forme de poussées aiguës dans les organes internes. D'après les survies on peut dire que la guérison de la tuberculose du poignet est bien définitive. F. VERCHÈRE.

LOISON. De la constitution anatomique des néarthroses du coude après les résections sous-périostées (*Revue de chir.*, *p. 349*, *mai 1896*).

La résection sous-périostée du coude pour ostéoarthrite tuberculeuse donne, dans des conditions déterminées, des guérisons parfaites au double point de vue de la guérison de la tuberculose et de la fonction de l'articulation nouvelle. Lorsque chez de tels opérés la tuberculose récidive, la néarthrose est le plus souvent respectée par l'invasion bacillaire, alors que la plupart des autres régions sont prises.

La conservation du périoste des extrémités réséquées donne une reproduction osseuse qui, chez les adultes, se traduit plutôt par de l'épaississement suivant le diamètre transversal que par de l'allongement des os. Il se reforme des appendices ou des tubérosités qui redonnent au coude sa forme primitive. En même temps, la conservation de l'appareil ligamenteux et capsulaire (gaine périostéo-capsulaire) assure la solidité latérale de la néarthrose en lui laissant tous ses mouvements normaux.

Il se reconstitue alors un ginglyme parfait, sans mobilité latérale, avec des mouvements complets de flexion et d'extension. La pronation et la supination se rétablissent quand les os de l'avant-bras n'ont pas été préalablement soudés. Dans l'observation rapportée par Loison, ces mouvements se trouvaient déjà abolis au moment de l'opération par des adhérences osseuses qu'il a été impossible de détruire. F. VERCHÈRE.

STIEDA. Ueber das Lipoma arborescens..... (Le lipome arborescent du genou et ses rapports avec les affections articulaires chroniques (*Beiträge zur klin. Chir.*, *XVI*, *1*).

Si le lipome simple du genou est bien connu, il n'en est pas de même du lipome arborescent qui s'en distingue absolument.

L'étiologie surtout en est discutée : la tuberculose se présente le plus souvent, soit qu'elle se localise à la synoviale ou que, dans la forme périarticulaire, elle en détermine l'irritation. Mais les inflammations articulaires chroniques non spécifiques sont une cause très fréquente de lipome arborescent, et en particulier l'arthrite déformante. C'est ce que prouvent le relevé des observations publiées et l'examen histologique de deux pièces (hanche et genou), où les lésions sont celles d'une inflammation chronique simple, non tuberculeuse. On ne peut donc pas plus donner à ce développement exagéré des franges graisseuses le nom de lipome qu'on ne donne celui d'ostéomes aux ostéophytes. Dans un cas d'arthropathie nerveuse de l'épaule, l'écartement après atrophie des surfaces articulaires semble avoir occasionné la production graisseuse. Le traitement consiste dans l'arthrectomie ou la résection de l'articulation.

ROBINEAU.

MEYER. Ueber Muskelinterposition..... (Interposition musculaire dans les fractures comme cause de pseudarthrose) (*Beiträge zur klin. Chir.*, *XVI*, *2*).

Meyer rapporte 7 observations, prises à la clinique de Bruns, de pseudarthroses par interposition musculaire, traitées par l'opération et guéries; il fait le relevé des observations publiées, au nombre de 278, dont 31 pour la cuisse et 27 pour le bras. Ce lieu de prédilection des interpositions musculaires s'explique par l'épaisseur des couches musculaires qui entourent le fémur et l'humérus, et par les grands déplacements des fragments fracturés. La présence d'une interposition musculaire est un obstacle absolu à la consolidation, et dès que le diagnostic est porté, il est indiqué de découvrir le foyer de la fracture et de lever l'obstacle, et de ne pas attendre que les appareils aient amené des raideurs articulaires et l'atrophie du membre, nuisibles pour une bonne guérison. On peut faire ce diagnostic pour une fracture récente, quand on perçoit sous la peau un des fragments qui a perforé la couche musculaire; en dehors de ces cas assez rares, le signe qui a le plus de valeur est l'absence de crépitation; il faut s'en assurer au besoin avec le secours du chloroforme.

ROBINEAU.

KRASKE. Ueber die operative Behandlung..... (Traitement opératoire des incurvations statiques du col du fémur) (*Centralbl. f. Chir.*, *8 fév. 1896*).

Müller, Hofmeister, Kocher ont décrit une incurvation anormale du col du fémur qui, jusqu'à présent, n'a été traitée que chirurgicalement (2 cas de Kocher, 1 de Bruns, 1 de Hoffa), par la résection sous-trochantérienne de l'extrémité du fémur. Hofmeister préconise la section sous-trochantérienne du fémur. En raison de l'incurvation et de l'allongement du col, il a semblé préférable à Kraske de pratiquer l'ostéotomie cunéiforme du col du fémur chez le malade qu'il a eu à soigner. Le résultat fut excellent; l'ouverture de l'articulation fut évitée.

Kraske propose de remplacer la dénomination de « coxa vara » par celle d' « incurvation statique du col ». ROBINEAU.

O.-H. ALLIS. An inquiry into the difficulties encountred in the reduction of the dislocations of the hip (*Broch. in-8°, Philadelphie, 1896*).

L'auteur a eu surtout pour but de reprendre l'étude expérimentale des diverses variétés de luxations de la hanche, qu'il passe toutes en revue. D'une manière générale, il confirme les mécanismes indiqués par Bigelow, mais il montre que ces lois sont loin d'être absolues. Pour chaque variété, il indique des manœuvres de réduction bien réglées qui toutes rentrent dans les manœuvres de douceur classiques, mais sont appropriées à chaque cas particulier. Ces manœuvres, impossibles à résumer ici, sont rendues faciles à comprendre par de nombreuses figures demi-schématiques (159). A. BROCA.

KÖLLIKER. Die Luxatio femoris..... (Luxation congénitale supracotyloïdienne du fémur) (*Centralbl. für Chir.*, *n° 45*, *1895*).

La luxation congénitale de la hanche se fait d'abord en haut et en

avant, comme une luxation traumatique supracotyloïdienne, et secondairement se transforme en luxation iliaque.

Ce passage peut ou non avoir lieu ; il est plus fréquent dans les luxations doubles. Il s'effectue par la marche et par l'inclinaison du bassin, sous le poids du corps, qui favorise le glissement de la tête fémorale sur l'os iliaque.

Si la luxation reste supracotyloïdienne, si l'inclinaison du bassin ne se produit pas, on n'observe pas de lordose lombaire de compensation, l'abduction de la cuisse est plus considérable, le moyen et le petit fessiers ne perdent pas de leur force, la marche est plus facile ; enfin, au point de vue opératoire, l'abaissement de la tête se fait avec moins de péril.

Il faut donc s'efforcer d'empêcher le passage de la première à la seconde position, et pour cela fixer à l'aide d'appareils la cuisse sur le bassin en position d'extension, ce qui s'opposera à l'inclinaison du bassin. Un corset de plâtre avec cuissard, un corset de soutien avec tuteur sont à notre disposition. En combinant l'extension avec l'abduction et un peu de rotation en dedans, ces appareils agissent comme pour une réduction non sanglante. ROBINEAU.

Aug. BROCA. Traitement de la luxation congénitale de la hanche (*Revue d'orthop.*, *1er nov. 1895*).

Ne croyant pas à la valeur du traitement orthopédique, B. se déclare nettement partisan du traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode sanglante.

L'intervention une fois décidée, il estime qu'il y a grand avantage à la faire en deux fois. La première séance comporte la section à ciel ouvert des muscles qui s'opposent à la réduction, suivie de l'application de l'extension continue par le procédé d'Hennequin.

La seconde séance, après trois semaines d'extension, comprend quatre temps : aborder l'articulation et l'ouvrir ; creuser le cotyle et faire, s'il y a lieu, le façonnage de la tête fémorale ; réduire la tête fémorale dans le cotyle ; reconstituer la capsule et les couches musculaires. Le membre est ensuite remis à l'extension pendant plusieurs semaines.

Toutes ces manœuvres sont décrites minutieusement. B. a traité suivant sa méthode 25 enfants, âgés de 2 à 13 ans, tous du sexe féminin : quatre succombaient à la septicémie, une mourait au bout de 6 mois de tuberculose généralisée. Chez les autres enfants, les suites opératoires furent des plus simples. Quant aux résultats éloignés ils peuvent être jugés, sur 12 de ces opérations, faites il y a plus de deux ans : une récidive, une ankylose complète de la hanche, tandis que chez les dix autres, les résultats sont bons au quadruple point de vue de la forme, du degré de mobilisation, de l'état fonctionnel et de l'état général de la santé.

CART.

H. KEHR. Ueber einen operativen behandelten Fall von Knochencyste (Tumeur kystique du fémur ; résection ; guérison) (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, *XLIII*, *1 et 2*, *p. 186-190*).

Le sujet présenté par l'auteur est un petit garçon de 6 ans, qui, dès l'âge de 4 ans, ressentait, à intervalles de 3 ou 4 mois, de vives douleurs dans le fémur.

Les souffrances se localisaient au niveau du tiers supérieur de l'os, au-dessous du grand trochanter. En 1893, le petit malade se fit, en tombant, une fracture au tiers inférieur du fémur, dont la guérison s'effectua sans complication. Quelques mois plus tard, les accès douloureux se répétant, Kehr constata un épaississement de l'os, extrêmement sensible à la pression. Le diagnostic hésita entre un état inflammatoire et un néoplasme. Au bout de quelques semaines, le malade se fit une nouvelle fracture du fémur, en se levant naturellement et sans aucun effort appréciable. L'auteur se décida à pratiquer une incision exploratrice au niveau du traumatisme. Il put alors constater une fracture du fémur intéressant surtout la partie antérieure et extérieure de l'os, tandis que la partie postérieure présentait une certaine solidité. L'opérateur fit le curetage de la cavité médullaire et tamponna à la gaze stérilisée. Kehr, qui n'avait pu être renseigné par l'examen histologique, songea à la possibilité d'une affection syphilitique. En conséquence, il administra à son malade de l'iodure de potassium; mais, malgré une consolidation remarquable du fémur, l'auteur fut obligé d'avoir recours à une seconde opération qui lui permit de constater, dans l'intérieur de l'os, l'existence d'une cavité tapissée d'une membrane lisse et entourée d'un tissu en partie mou, en partie dur, et cartilagineux. L'opérateur diagnostiqua un néoplasme fibrosarcomateux probable; il pratiqua un curetage et 2 ans plus tard la guérison était complète.

MARCEL BAUDOUIN.

John A. WYET H. De la désarticulation exsangue de l'épaule et de la hanche (*Rev de chir., p. 777, oct. 1896*).

Après l'application de la bande d'Esmarch, jusqu'au creux axillaire, l'auteur conseille d'enfoncer deux longues aiguilles en avant et en arrière du creux de l'aisselle, l'une partant du crochet coracoïdien au bord antérieur de l'aisselle, l'autre du sommet de l'épaule au tendon du grand dorsal. En dedans de ces deux longues et solides aiguilles laissées en place, on place un ou deux tours d'un gros boudin de caoutchouc que l'on fixe. L'hémostase préventive est assurée et l'on peut à loisir faire la désarticulation de l'épaule.

Pour la hanche, le principe est le même et les aiguilles sont enfoncées, l'une en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure au petit trochanter et se portant en dedans de l'ischion, l'autre de la partie externe de l'insertion du couturier au bord inférieur du grand fessier. Dans les désarticulations de la hanche faites par ce procédé, l'auteur put sûrement lier les vaisseaux avant de retirer les liens constricteurs et ne perdit pas de sang.

F. VERCHÈRE.

E. BOHL. Vorschlag die Patella nach der Grittis'chen Amputation in richtiger Lage zu erhalten (Modification du procédé de Gritti pour la fixation de la rotule dans l'amputation du fémur) (*Deutsche Zeitschr. für Chir., XLIII, 1-2, p. 172-176, 1896*).

Modification du procédé de Gritti pour la fixation de la rotule dans l'amputation du fémur.

Jusqu'à présent, la fixation de la rotule au fémur par le procédé d'amputation de Gritti a échoué généralement. L'auteur fait connaître une modification de cette opération, exécutée deux fois avec succès, à la clinique de Koch, à Dorpat-Youriew. On doit, selon Gritti, sectionner le

ligament rotulien à son insertion au sommet de la rotule. Au contraire, Koch a imaginé de laisser la continuité avec la rotule en coupant le ligament au niveau de son insertion au tibia.

On extirpe la surface cartilagineuse de la rotule, après avoir pratiqué la désarticulation du tibia ; on scie ensuite le fémur à un niveau tel qu'on puisse éviter toute tension du triceps. Ensuite, pour fixer la rotule, on réunit le ligament rotulien au reste de la capsule postérieure du fémur au moyen de quelques sutures. Ce procédé est, paraît-il, supérieur à la suture osseuse de la rotule ou à la fixation de ces os au moyen de clous métalliques. MARCEL BAUDOUIN.

DELAGENIÈRE. Traitement de la coxalgie par l'arthrotomie, l'évidement, etc... (*10e Cong. franç. de chir., p. 797, 1896*).

On fait une incision, analogue à celle de Langenbeck, mais mesurant 15 centimètres. Après dissociation des fibres du grand fessier et écartement du pyramidal et du moyen fessier, on incise le périoste depuis le cotyle jusqu'à la base du grand trochanter. La capsule articulaire est largement fendue en T. On décolle ensuite le périoste de chaque côté, afin de faire une opération sous-périostée. On excise en encoche le bord supérieur du grand trochanter jusqu'au bord supérieur du col ; avec la pince-gouge on évide le col jusqu'à la tête, puis la tête, dont on enlève une portion de cartilage articulaire dans le point qui correspond à l'évidement, et enfin le grand trochanter est évidé en forme de gouttière. Drainage métallique et sutures superficielles. Deux coxalgies suppurées ont été ainsi traitées par l'auteur. OZENNE.

Wilh. SCHULTZ. Zur Statistik der totalen Entfernung des Schulterblattes (De l'ablation totale de l'omoplate) (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XLIII, p. 443-472 1896*).

Cette statistique est la suite en même temps qu'un complément de celle faite par Adelmann de 1879 à 1888. L'auteur montre aussi les changements qu'ont subi les résultats opératoires depuis l'introduction de l'antisepsie. Il cite d'abord 57 cas d'extirpation totale de l'omoplate (sans ablation de l'extrémité supérieure), ensuite 53 cas d'extirpation de l'épaule tout entière (Brustgürtel), en rangeant les deux groupes dans l'ordre chronologique, de 1812 à fin 1895, et en donnant un résumé de l'histoire de chaque cas. En ce qui concerne le pronostic, il distingue la mortalité des opérés avant 1875 (antisepsie) de celle d'après cette date pour chacune des deux catégories suivantes :

1° Extirpation totale de l'omoplate : *a*) pour tumeurs malignes ; *b*) pour carie et nécrose ; *c*) pour lésions ou d'autres indications ;

2° Extirpation de l'épaule (Brustgürtel) tout entière pour les trois mêmes indications. Il donne la statistique de la mortalité (à la suite de l'opération elle-même des récidives ou d'autres causes), ainsi que la statistique des guérisons pour chacune des divisions et subdivisions. La statistique n'est suivie d'aucune indication thérapeutique ni remarque symptomatologique. MARCEL BAUDOUIN.

V. MÉNARD. Tuberculose primitive de la rotule (*10e Cong. franç. de chir., p. 734, 1896*).

Ménard a observé 5 cas de tuberculose de la rotule chez 4 malades, l'un d'eux étant affecté des deux côtés. Ce dernier fait a été recueilli à l'examen nécroscopique. Le foyer tuberculeux s'est présenté trois fois sous la forme d'une ostéite raréfiante ; une fois sous la forme d'une caverne remplie de fongosités ; une fois sous la forme d'une infiltration tuberculeuse compacte. Dans un seul cas, le foyer communiquait avec l'extérieur par une fistule. Chez les 3 malades, ablation de la rotule ; pas d'ankylose. Mouvements passifs assez étendus. OZENNE.

MÉNARD. Traitement de la tuberculose grave du tarse postérieur et de l'articulation tibio-tarsienne par la postéro-tarsectomie typique, partielle ou totale (*Revue d'orthop., 1er mars et 1er mai 1896*).

Dans ce long travail, Ménard étudie tout d'abord l'astragalectomie, la pternectomie, la postéro-tarsectomie totale, pose les indications de ces interventions dont il décrit le manuel opératoire mis en pratique par lui dans de nombreux cas dont il donne les observations. Les résultats opératoires sur la forme des pieds et ceux obtenus relativement à la marche de l'individu sont ensuite étudiés dans la dernière partie du mémoire qu'accompagnent de nombreuses figures. CART.

ISNARDI. Behandlung des paralytischer..... (Traitement du pied-bot paralytique par l'arthrodèse combiné à une opération ostéoplastique) (*Centr. f. Chir., n° 12, 1896*).

Les mauvais résultats de l'arthrodèse pour pied-bot paralytique semblent liés à la persistance, entre l'astragale et les os de la jambe, d'un espace qui est comblé ultérieurement par du tissu conjonctif d'où l'ankylose imparfaite. Quatre mois après une première intervention l'auteur a constaté chez un enfant l'existence de cet espace en forme de coin à base antérieure. Il a eu l'idée de le combler avec du tissu osseux emprunté à un astragale qu'il venait d'enlever à un autre malade. Il y tailla un coin osseux de dimensions convenables et l'assujettit avec des sutures à la soie. Ce genre d'opération fut répété dans un autre cas. Tous deux guérirent fort bien, le 1er avec une ankylose absolue, le 2e avec une mobilité de 25°. Guérison persistante au bout de 16 et 12 mois. L'os implanté joue seulement le rôle de corps étranger, empêchant la production de tissu fibreux, favorisant celle du tissu osseux. ROBINEAU.

KIRMISSON. Anatomie pathologique et traitement du pied bot varus équin congénital (*Revue d'orthop., 1er mai et 1er juill. 1896*).

Insistant sur la nécessité qu'il y a pour le chirurgien qui se propose de traiter un pied bot, d'en bien connaître l'anatomie pathologique, K. l'étudie à nouveau au début de ce travail. Pour cet auteur, la cure du pied bot congénital sera entreprise le plus tôt possible, c'est-à-dire dès que la

nutrition de l'enfant paraîtra suffisamment assurée ; on s'adressera tout d'abord au massage pour le varus, chaque séance étant suivie de l'application d'une attelle destinée à maintenir le résultat obtenu. La guérison de l'équinisme, entreprise plus tard, est aussi passible du massage. Quant au traitement opératoire qui sera institué dans les cas de non-réussite du traitement orthopédique, dans les cas invétérés, il consiste, ainsi que l'on sait, en : ténotomie du tendon d'Achille, section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire, ténotomie des muscles jambiers antérieur et postérieur, redressement forcé sous le chloroforme, toutes manœuvres étudiées ici. Il y a lieu de mentionner plus particulièrement les dernières pages du travail de K. consacrées à l'étude minutieuse de la section à ciel ouvert des parties molles, méthode de Phelps, large arthrotomie médio-tarsienne, section du ligament en Y (Kirmisson), cette dernière intervention devenant l'intervention de choix dans les cas graves.

CART.

FORGUE. Du traitement des pieds bots, et discussion du Congrès français de chirurgie (*10e Cong. franç. de chir., p. 74 et suiv., 1896*).

Le rapport de Forgue résume d'une façon très nette l'état actuel de la question. Dans la discussion, *Kirmisson* indique sa manière d'agir suivant qu'il a affaire à un nouveau-né ou à un enfant qui a marché. En cas de pied bot invétéré, on réussit quelquefois par le redressement forcé sous le chloroforme. Nullement partisan de la tarsoclasie instrumentale, l'auteur a, la plupart du temps, recours à l'opération de Phelps, en ouvrant toujours l'articulation médio-tarsienne. Il a pratiqué cette opération 76 fois sur 51 malades, le plus jeune ayant 15 mois, le plus âgé 19 ans. L'opération a toujours été suivie de massage et d'électrisation, sans port d'appareils. Pour Kirmisson, l'opération de Phelps est l'opération de choix, les différentes tarsotomies des méthodes d'exception et de nécessité.

P. Berger est d'avis que les varus équins peuvent être traités dans les premiers mois par les manipulations et l'orthopédie associés ou non, suivant les cas, à la ténotomie du tendon d'Achille, de l'aponévrose plantaire et du jambier postérieur. De nombreux opérés ont été revus au bout d'un temps très long ; le résultat fonctionnel était parfait, le résultat physique bon, mais incomplet (un peu d'adduction de l'avant-pied et d'élévation du bord interne).

Dans le pied bot invétéré, Berger ne pratique pas l'opération de Phelps, qui ne permet pas la résection cunéiforme, si elle est nécessaire, mais l'astragalectomie avec tarsectomie cunéiforme, qui corrige merveilleusement la difformité sans donner lieu au raccourcissement.

J. Bœckel, pour les pieds bots congénitaux, emploie, chez les nouveau-nés, les manipulations ; chez les enfants au-dessus de 4 mois, les sections tendineuses ou aponévrotiques ; chez les enfants au-dessus de 4 ans, le redressement combiné à l'opération de Phelps et, en cas d'échec, l'astragalectomie associée ou non à la tarsectomie postérieure. Six tarsectomies, 6 guérisons ; résultat fonctionnel satisfaisant ; résultat esthétique parfait dans 2 cas.

Pour les pieds bots acquis, au début, ténotomie et redressement ; plus

tard, arthrodèse pour les pieds bots réductibles; tarsectomie pour les pieds bots irréductibles. 12 opérations (11 tarsectomies, 1 arthrodèse), 12 guérisons, avec ou sans ankylose, dont 7 permettant la marche sans canne.

Gross insiste sur l'absence de rapport, chez les enfants, entre les lésions osseuses et la difformité et sur la difficulté de reconnaître l'irréductibilité de l'astragale. Mais, lorsqu'on a constaté la subluxation médio-tarsienne, il faut faire l'astragalectomie si, après la section du tendon d'Achille, le talon ne descend pas, et la résection de la grande apophyse du calcanéum. Les résultats sont très satisfaisants et la correction absolue (10 cas sur 13).

Doyen traite le varus équin, chez l'enfant tout jeune, par la section du tendon d'Achille et la section interne de Phelps qu'il pratique par la méthode sous-cutanée. Si le varus est très marqué, il faut faire l'ablation de l'astragale, quelquefois du scaphoïde, du cuboïde et de l'apophyse calcanéenne. Dans les cas de pied plat valgus, l'ablation seule du scaphoïde permet souvent une réfection parfaite de la voûte plantaire.

Phocas fait, chez les enfants jeunes, le redressement brusque et la ténotomie; chez les enfants plus âgés, l'astragalectomie, suivie d'une opération de Phelps et de l'ablation des os du tarse si cela est nécessaire. 23 opérations avec bons résultats.

Calot ne pratique plus actuellement que le redressement forcé avec le seul emploi de la main, chez les enfants au-dessous de 15 ans. Il le fait en une séance et le pousse jusqu'à l'hypercorrection. Pour corriger la supination et l'équinisme, il est quelquefois nécessaire de faire la section sous-cutanée du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne et du tendon d'Achille. Les opérés doivent être surveillés pendant 10 à 12 mois. L'auteur affirme obtenir ainsi de bons résultats.

Reboul, dans un cas de pied bot valgus congénital pur, chez un enfant de 3 ans, a obtenu la guérison par la ténotomie du tendon d'Achille combinée au massage, à la mobilisation et à l'électrisation.

Broca traite les pieds bots récents par la ténotomie et le massage, et les pieds bots invétérés par l'intervention sanglante. Peu partisan de l'opération de Phelps, il a recours aux tarsectomies étendues jusqu'à ce que la correction soit parfaite.

Jalaguier obtient le redressement complet du pied, chez les jeunes enfants, en une seule séance en opérant ainsi : ténotomie du tendon d'Achille, résection de la tête de l'astragale et de la grande apophyse du calcanéum, section des ligaments plantaires internes et, au besoin, raccourcissement du muscle pédieux. On obtient de la sorte d'excellents résultats.

Martin a traité par la méthode de Venel 130 pieds bots avec 60 guérisons. Cette méthode comprend trois étapes. Dans la première étape, vers le 3e mois, on fait de légères manipulations de redressement, tous les jours pendant 5 minutes; dans la deuxième, manipulations plus énergiques et port d'un sabot formé d'une semelle sous forme d'une planche de bois, sur laquelle s'adaptent des tiges jambières. Enfin, dans la troisième période, aux manipulations on joint les exercices gymnastiques et le port de bottines. Le traitement dure plusieurs années.

Lucas-Championnière rejette l'orthopédie pure et les opérations sur les

tendons. Il fait de larges tarsectomies, enlevant, au besoin, tout le tarse, sauf la partie postérieure du calcanéum. Pas d'appareil après l'opération et mobilisation de bonne heure.

Ollier ne pratique pas des résections aussi larges. Chez les adultes et chez les enfants âgés l'astragalectomie et, chez les jeunes enfants, le redressement manuel avec ou sans ténotomie du tendon d'Achille constituent ses méthodes de traitement.

Redard combat l'abus des opérations chirurgicales et préconise le redressement forcé et la tarsoclasie instrumentale.

Lejars signale les bons résultats éloignés de la tarsectomie cunéiforme, faite sur quatre sujets âgés de 19, 20, 23 et 24 ans.

Adenot relate l'observation d'un homme de 51 ans, porteur d'un pied bot varus invétéré. Ablation de l'astragale, du cuboïde, du scaphoïde et de la partie antérieure de la grosse apophyse du calcanéum. Forme du pied satisfaisante et résultat fonctionnel excellent, l'opéré pouvant, au bout de 3 ans, parcourir facilement 16 kilomètres. OZENNE.

KAREWSKI. Ueber den orthopädischen Werth und die Dauerresultate der Gelenkverödung (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 38*, *p. 825*, *23 sept. 1895*).

L'arthrodèse permet de remédier d'une façon durable à quatre ordres de troubles morbides des membres : 1° la laxité des jointures ; 2° leur contracture ; 3° les raccourcissements considérables du membre inférieur ; 4° l'orteil en marteau. Mais elle n'est justifiée qu'autant qu'on ne peut parvenir au même résultat, soit par une méthode non sanglante, soit par une opération ne portant que sur les parties molles. Karewski ne s'est décidé à l'employer que deux fois pour l'articulation scapulo-humérale. Des 18 malades auxquels il a pratiqué une arthrodèse pour laxité des articulations du pied, 5 portaient des appareils remontant jusqu'au-dessus du bassin, tandis que maintenant ils marchent avec une chaussure à talon surélevé ; bien plus, chez les cinq opérés dans l'enfance, les troubles de croissance préexistants n'ont pas augmenté. A l'égard du genou, les indications de l'arthrodèse sont infiniment plus restreintes que pour le pied, par lequel il faudra toujours commencer, en ne s'attaquant au genou que si le résultat fonctionnel obtenu est insuffisant et que si le genou est absolument incapable de tout support. Karewski a fait l'arthrodèse du genou à 9 malades ; l'une d'elles, âgée de 31 ans, n'avait jamais marché sans béquilles.

Pour les orteils en marteau, au lieu de désarticuler l'orteil malade, Karewski a eu 11 fois recours à la résection de l'articulation interphalangienne. Dans les cas très graves, la section des tendons extenseurs est en plus nécessaire. Le plus jeune des opérés de Karewski avait 7 ans, le plus âgé 75 ; chez aucun il n'y a eu de récidive. J. B.

F. DE QUERVAIN. Ueber eine Form von chronischer Tendovaginitis (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n° 13*, *p. 389*, *1er juill. 1895*).

De Quervain rapporte 5 observations concernant des femmes atteintes d'une forme d'inflammation chronique ou de névralgie de la gaine des court extenseur et long abducteur du pouce se trahissant par les symptômes suivants :

Les mouvements du pouce provoquent des douleurs plus ou moins vives irradiant du poignet à la fois vers le pouce et le long de l'avant-bras, en sorte que souvent il est impossible de garder un objet saisi. La palpation de la région est ou complètement négative ou ne révèle qu'un peu d'épaississement du segment de la gaine tendineuse situé sur le bord radial au-dessous de l'apophyse styloïde ; il existe toujours une vive sensibilité à la pression au niveau correspondant, tandis que le reste de la gaine tendineuse est indolore et beaucoup moins sensible.

L'étiologie est traumatique, professionnelle ou inconnue.

Dans les deux cas que de Quervain a opérés, la surface séreuse de la gaine et la synoviale étaient intactes, tandis que le tissu fibreux environnant était légèrement épaissi chez l'une des femmes. Après insuccès de différents traitements, les malades ont été guéries par l'extirpation de la gaine fibreuse dans l'étendue de 1 à 1 centimètre 1/2 et le replacement des tendons.

Kocher a observé 3 ou 4 faits de ce genre dans lesquels la gaine tendineuse était parfois épaissie sans altération de la synoviale. Il s'est borné à une excision partielle de la gaine qui a mis fin aux douleurs.

J. B.

K. A. PÉRIMOFF. Un nouveau procédé de traitement chirurgical des luxations des tendons (*Revue de chir., p. 679, sept. 1896*).

Il s'agit d'un cas de luxation des tendons des péroniers en dehors de la malléole. Le procédé employé fut le suivant : incision semi-lunaire derrière la malléole externe et au-dessous d'elle. On fend le périoste en forme de trapèze, dont la base se trouve au bord externe de la malléole, puis on casse avec un ciseau un petit morceau plat de l'os, qu'on place perpendiculairement à la malléole. Afin que les tendons ne soient pas déplacés pendant l'adhérence de ce morceau d'os et que ce dernier soit fixé en état élevé, deux clous de nickel furent enfoncés dessus et dessous et retenaient solidement le morceau détaché d'os et les tendons à la place désignée. On mit la jambe dans un bandage plâtré. 17 jours plus tard, on changea l'appareil. Les clous furent retirés. Les tendons étaient à leur place ; au bord extérieur de la malléole se forma une élévation considérable. On mit un nouveau bandage plâtré et le résultat fut parfait. Le procédé est simple, facile à pratiquer, accompagné de traumatisme insignifiant, car ni les tendons, ni la gaine ne sont blessés.

F. VERCHÈRE.

KADER. Zur Technik der Gastrostomie (*Centralbl. f. Chir., n° 28, 1896*).

Dans un cas où l'estomac était excessivement rétracté et immobile, l'auteur a été obligé de modifier la technique habituelle de la gastrostomie et, depuis, a appliqué à tous les cas son nouveau procédé. Après une incision de la peau de 7 à 10 centimètres, parallèle aux fausses côtes, le muscle droit est rétracté vers la ligne médiane, et le feuillet postérieur de sa gaine ainsi que le péritoine sont incisés presque verticalement. Un pli de l'estomac est attiré avec les doigts, des pinces, ou à l'aide d'un fil de soie. On pratique aussitôt l'ouverture, par laquelle on passe un drain gros comme un crayon. A l'aide de quatre points de suture de Lembert, prenant de part et d'autre 1 centimètre de séreuse, on détermine la for-

mation d'une gouttière longitudinale, dont le drain occupe le milieu, bordée par deux replis séreux une fois les sutures serrées. De part et d'autre de ces replis, quatre autres points de suture adossent de nouvelles surfaces séreuses, formant deux replis secondaires.

L'orifice stomacal est donc profondément enfoui par cette double plicature de la séreuse, et le drain occupe un canal séreux, bien capable de se fermer spontanément au besoin. L'estomac est alors fixé au péritoine pariétal et à la gaine postérieure du droit. Sutures de la paroi.

Ce procédé peut être rapidement exécuté (10 minutes) ; il met à l'abri d'un écoulement de liquide dans la cavité péritonéale, à cause du nombre des sutures, et permet aux malades de se lever dès le deuxième jour. Le canal du drain est assez mobile pour qu'un instrument puisse par là atteindre le cardia et aider au cathétérisme. Mikulicz et Kader ont opéré ainsi 10 malades avec succès. ROBINEAU.

I. — JABOULAY et E. BRIAU. Sur un procédé rapide de suture intestinale (*Lyon méd., 19 avril 1896*).

II. — Les mêmes. Gastroentérostomies : dilatation du pylore (*Ibidem, 25 oct. 1896*).

I. — Le procédé de suture des auteurs est destiné à remédier surtout à la difficulté de maniement des parois intestinales. Deux fils séro-musculaires sont passés de part et d'autre entre l'insertion mésentérique et le pôle opposé de l'intestin ; sans les nouer, un aide les saisit pour étirer les bords à suturer. Les lèvres de la portion postérieure des deux sections se trouvent ainsi accolées et adaptées, tandis que les lèvres de la portion antérieure baissent et laissent toute facilité pour parvenir jusqu'aux premières.

Le 2e temps consiste à suturer les lèvres postérieures par un double surjet aller et retour, séro-musculaire à l'aller, muqueuse à muqueuse au retour.

Dans le 3e temps, on suturera les lèvres antérieures par un autre double surjet dont l'aller, cette fois, sera muqueux et le retour séro-musculaire. Il ne reste plus qu'à nouer les deux fils tenseurs.

II. — J. et B. ont employé ce procédé dans 6 cas de gastro-entérostomie pour cancer du pylore, 2 morts.

Ils relatent encore 2 cas de cancer du pylore dans lesquels le pylore, se trouvant encore perméable, J. se contenta de le dilater, de le calibrer, en poussant deux doigts à la rencontre l'un de l'autre à travers les parois. Chez les deux malades, cessation des vomissements et des douleurs, chez l'un survie de 20 jours ; chez l'autre, les troubles n'ont pas reparu après 3 mois, malgré l'augmentation de la tumeur. A. CARTAZ.

W. EWART et W. BENNETT. A case of dilatation of the stomach treated by an operation (*The Lancet, p. 8, 4 juill. 1896*).

Un homme de 34 ans entre à l'hôpital le 10 novembre 1895. Il a eu, il y a 8 ans, une fièvre typhoïde, puis une attaque de rhumatisme à la suite de laquelle il commença à souffrir de l'estomac. En 1894, il dut suspendre son métier (il était charpentier) à cause de ses maux d'estomac et entra à l'hô-

pital, où il fut traité pour une dilatation de cet organe : l'amélioration obtenue ne persista point, et le malade revint tellement émacié et avec des douleurs si pénibles que le 26 novembre 1895 on se décida à intervenir. Après laparotomie, on constata que le pylore était libre d'adhérences, mais l'estomac était considérablement dilaté. La face antérieure de l'estomac est alors déprimée par le doigt d'un aide qui repousse ainsi un pli de la paroi vers la cavité de l'organe : à l'aide de sutures, on réunit au-dessus et au-dessous de ce pli, qui se trouve ainsi inclus en arrière des sutures, la paroi de l'estomac à l'aide d'un fil qui ne comprend que la séreuse et la musculeuse, mais laisse profondément la muqueuse sans la toucher : les dimensions de l'estomac sont ainsi très diminuées. Sur la grande courbure de l'estomac, on eût voulu faire une semblable involution de la paroi, mais plus petite ; malheureusement, l'état du patient ne permettait pas de prolonger davantage l'opération.

Trois heures après l'opération, on commença à alimenter le malade avec un œuf battu dans du brandy. Le 10 décembre, tout trouble du côté de l'estomac avait disparu. Fin janvier, l'opéré quitta l'hôpital, sans aucun trouble dyspeptique : la zone de tympanisme stomacal était considérablement réduite.

Dans ce cas, après l'opération, sitôt que le malade fut réveillé, on lui fit prendre par cuillerée à café de l'eau aussi chaude qu'il put la supporter, et dès que cette eau fut tolérée par l'estomac, on commença à alimenter. Bennett recommande d'agir ainsi chez tous les opérés de l'estomac pour prévenir le choc, trop fréquent après ces opérations.

MAUBRAC.

William H. BENNETT. A case of perforating gastric ulcer (*The Lancet, p. 310, 1er août 1896*).

Un homme de 32 ans entre, le 27 avril 1896, à l'hôpital, avec les signes d'obstruction intestinale avec perforation. 5 heures après le début des accidents, W. Bennett pratique la laparotomie ; on constate d'abord une péritonite généralisée ; à 2 pouces du pylore, sur la partie supérieure de l'estomac, on trouve une perforation ; des adhérences nombreuses unissent l'estomac et le foie ; la perforation avait un demi-pouce dans son plus grand diamètre, et était entourée d'une zone indurée d'un diamètre de 3 pouces au moins ; dans ces conditions, il était impossible d'affronter et suturer le péritoine voisin de la perforation.

W. Bennett prit alors une partie de l'épiploon, et en combla l'orifice de la perforation, le faisant pénétrer dans l'estomac, ainsi qu'il eût fait d'un bouchon, puis il le fixa à l'aide de sutures nombreuses. Le péritoine fut lavé et débarrassé de toutes les particules alimentaires qui y avaient été déversées, et la plaie abdominale fut suturée.

La guérison se fit sans incident ; dès le lendemain, on donna à l'opéré, par la bouche, quelques boissons ; le 12 mai, on l'alimenta et, le 23 mai, il était mis au régime alimentaire ordinaire ; le 24 juin, il quittait l'hôpital, dans un état de santé meilleur que celui qu'il avait eu depuis plusieurs années.

MAUBRAC.

I. — Victor PERRET. L'estomac biloculaire (causes, diagnostic, traitement) (*Thèse de Lyon, 1896*).

II. — JABOULAY. Estomac biloculaire (*Archives prov. de chir., p. 641, oct. 1896*).

I. — L'estomac biloculaire vrai reconnaît pour cause la plus commune l'ulcère de l'estomac. Il se rencontre pourtant d'autres formes acquises exceptionnelles et de rares cas d'estomacs biloculaires congénitaux.

Il n'existe pas, jusqu'à présent, de faits probants de biloculation vraie par contraction physiologique ou par compression. Pourtant leur existence est possible.

Les symptômes n'ont pas de caractère propre lorsque le calibre du rétrécissement est encore suffisant et que la toxicité musculaire est également suffisante. En cas contraire, apparaissent des symptômes qui sont ceux d'une sténose de pylore. Ces symptômes sont communs aux estomacs biloculaires d'origine cicatricielle et à ceux d'origine congénitale.

Le diagnostic doit être établi par l'insufflation. Les règles posées par Bouveret doivent permettre de le faire dans la plupart des cas.

Pour les formes graves, le traitement sera chirurgical; il faut rétablir la communication entre les deux poches. Deux procédés sont applicables : l'un est la pyloroplastie appliquée au rétrécissement médio-gastrique; l'autre, dû à Wölfler, consiste à anastomoser les deux poches (gastro-anastomose). Ces deux procédés sont bons, ils donnent tous deux d'excellents résultats. On peut, au cours de l'opération, pratiquer l'extirpation de la lésion et faire ensuite la gastrorraphie. Les diverses formes de gastro-entérostomie ne doivent être appliquées que dans certains cas particuliers et exceptionnels.

II. — J. publie un cas d'opération d'estomac biloculaire par cicatrice d'ulcère. Guérison complète. H. FRENKEL.

LEJARS, rapport par MICHAUX. Lithiase biliaire avec coliques et oblitération calculeuse des voies biliaires chez une femme de 62 ans : cholédocotomie, guerison (*Bull. Soc. chir.*, *XXII*, *p. 430*, *459*, *488*, *530 et 546*).

Le rapporteur indique ce qui lui paraît constituer des contre-indications opératoires. C'est, d'une part, l'âge avancé; d'autre part, l'état de souffrance du foie, qui est parfois volumineux, sclérosé, insuffisant. Lejars a fait une incision médiane. Mieux vaudrait s'adresser à la voie latérale. Sans doute, on aborde mieux le cholédoque par la voie médiane; mais la vésicule est presque toujours calculeuse en même temps que lui, et, en tous cas, sert de guide vers les voies biliaires plus profondes. Le cholédoque ouvert, on le suture ; si les fils ne tiennent pas, ils diminuent du moins l'orifice fistuleux futur, et rendent plus rapide son oblitération spontanée.

Après lui, *Gérard Marchant* parle des difficultés du diagnostic et de l'intervention. On doit se défier des prétendues rétentions calculeuses où manque la colique, où la vésicule est volumineuse. On peut se trouver en présence d'une sclérose hépatique ou d'un néoplasme de la tête du pancréas. Au cours de l'opération, s'il paraît clair que les voies biliaires sont le siège d'une infection actuelle, il peut être très utile d'opérer en deux temps, d'après le procédé donné par Quénu.

Ce dernier reste partisan déterminé de l'incision médiane ; moins de sang, abord facile du cholédoque. C'est encore l'opinion de Ricard, mais celui-ci reconnaît qu'on se trouve là à distance de la vésicule, et qu'il sera parfois nécessaire de brancher sur sa première incision une seconde, horizontale, destinée à mettre à découvert la vésicule malade.

Enfin, le diagnostic exact de la lésion d'une part, l'état du foie d'autre

part, trompent les meilleurs cliniciens. Dans ces cas, une laparotomie exploratrice rapidement menée est parfaitement justifiable. ARROU.

TUFFIER. Lithiase de la vésicule biliaire et cholécystotomie (*Bulletin Soc. chir., XXII, p. 245, 539, 379, 415 et 439*).

Le diagnostic de la lithiase vésiculaire est parfois des plus délicats, surtout quand, le contenu étant incolore, la tumeur vésiculaire a, de par ailleurs, les allures d'un kyste hydatique. L'auteur cite un cas où, même après laparotomie, même après ponction, tout était en faveur d'un kyste; les calculs trouvés dans la tumeur donnèrent seuls le diagnostic. Ces cas répondent aux oblitérations déjà anciennes du canal cystique; ils guérissent bien sans fistule, par suture à la paroi et drainage.

Cette façon d'agir est celle de l'auteur, qui l'applique, à l'exclusion des autres, au traitement des collections vésiculaires. La laparatomie latérale mène sur la vésicule, qu'on libère si elle est au sein d'adhérences, qu'on rencontre aussitôt dans le cas contraire. Après ponction, il est facile de la fixer à la paroi par un double plan de suture, puis de l'ouvrir et enfin de la drainer. Ouvrir avant de ponctionner est dangereux; malgré les éponges, on risque d'infecter la grande séreuse. Enfin, la fistule biliaire n'a rien qui doive inquiéter ; dans les observations de Tuffier, elle a cédé d'elle-même en un temps variant de 8 jours à 2 mois.

L'ablation complète de la vésicule est défendue par *Michaux*, après quelques considérations sur la fréquence de la lithiase vésiculaire, et la rareté des grosses vésicules dans ce cas (loi de Courvoisier-Terrier). La simple taille biliaire est parfois délicate, surtout quand on arrive sur des calculs fixés à l'origine du cystique, quand les parois vésiculaires sont friables, quand le cholécyste est entouré de fausses membranes, ratatiné. De plus si, comme Tuffier, on fixe l'organe avant de l'ouvrir, on est très gêné pour aller à la recherche des calculs. En somme, l'ablation complète est préférable comme bénignité, comme curabilité ; elle supprime la fistule, et les malades sont plus complètement guéris que par tout autre intervention. L'auteur donne sa technique et croit qu'on doit tenir compte de l'âge dans les contre-indications.

Une opinion intermédiaire est celle de *Schwartz*. S'il existe une infection avérée des voies biliaires, il fistulise la vésicule à la paroi, suivant de point en point le procédé décrit par Tuffier. Au contraire, si le foie est sain, de volume normal, si le pédicule est possible à former, il est permis alors de pratiquer l'ablation totale. Entre temps, Schwartz cite un moyen de diagnostic avec le rein mobile : celui-ci, réduit dans le décubitus dorsal, reste caché sous les côtes, tandis que la tumeur formée par la vésicule redescend tout de suite d'elle-même et ne reste pas réduite.

Après Routier, qui repousse la fistulisation de la vésicule, bord de muqueuse à bord de peau, (nulle tendance à la fermeture spontanée), Monod indique sa préférence pour la stomie de la vésicule, après ouverture préalable de celle-ci et recherche exacte des calculs. L'ectomie n'est acceptable que lorsqu'il y a perméabilité certaine des voies biliaires et lorsqu'il s'agit surtout de vieilles vésicules hydropiques. Le cystique est alors oblitéré. ARROU.

LONGUET. Traitement chirurgical de l'angio-cholécystite non calculeuse (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur admet que toutes les angio-cholécystites, quel qu'en soit le contenu, séreux, hématique, muco-purulent ou purulent, sont, dans leur nature et par définition, des lésions essentiellement infectieuses. Il considère donc dans l'étude des angio-cholécystites non calculeuses, les infections de l'arbre biliaire principal, les infections de l'arbre biliaire accessoire. Les premières se divisent en radiculaires, ramusculaires et tronsculaires; les secondes, par ordre de virulence décroissante, en septicémies biliaires, pyémies biliaires et abcès froids biliaires.

Dans les affections radiculaires, l'intervention (laparatomie exploratrice avec examen des voies biliaires et destruction des adhérences, ou création d'une fistule cystocutanée) a toujours été d'une parfaite innocuité. Les résultats éloignés ont été nuls dans deux cirrhoses hypertrophiques avec ictère. Une amélioration dans un cas de cirrhose hypertrophique sans ictère, enfin 4 guérisons dans des congestions et hypertrophies du foie.

Dans les infections ramusculaires suppurées avec abcès, il y eut insuccès et l'auteur recommande de pratiquer une cholécystostomie précoce.

Enfin, trois opérations dans les cas d'infections tronculaires ont donné trois insuccès.

Dans les infections de l'arbre biliaire, insuccès constant de la chirurgie. Dans les faits de septicémies biliaires, cependant l'auteur recommande de ne pas désespérer et d'intervenir le plus hâtivement possible.

Dans les pyémies biliaires (paracholécystites et péricholécystites), l'intervention est l'opération de choix, elle est de gravité nulle et a donné d'excellents résultats.

Dans les cholécystites suppurées, la cholécystotomie a presque toujours donné lieu à une fistule persistante La cholécystite fibreuse reconnaît comme opération de choix la cholécystectomie, qui seule supprime toute la source des douleurs et troubles réflexes de la vésicule malade. Sur 7 cas, d'après l'auteur, elle a guéri 7 malades.

Quant aux abcès froids miliaires, il semblerait qu'ils soient justiciables de la cholécystectomie, mais on ne connaît pas les résultats des deux opérations pratiquées (Riedel et Czerny) pour ces affections.

F. VERCHÈRE.

I. — J. JEANNEL. Contribution au traitement chirurgical de la lithiase biliaire (*Archives prov. de chir., p. 547, 1896*).

II. — VAUTRIN. De l'obstruction calculeuse du cholédoque (*Revue de chir., p. 446, juin 1896*).

III. — KEHR. Gallensteinlaparatomien (*Berlin. klin. Woch., 15 juin 1896*).

IV. — Mark WADLE. A case of cholecystotomy : a remarkable gallstone (*Brit. med. Journ., p. 396, 15 fév. 1896*).

I. — Dans deux observations, l'auteur fit la cholécystostomie qui donna issue au liquide contenu dans la vésicule et à des calculs multiples. Il

recommande cette opération comme plus facile, plus efficace et plus bénigne que la cholécystectomie. De plus, dans une des observations, le canal cystique était oblitéré et la vésicule se ferma par tamponnement sans fistule. Dans l'autre, le canal cystique perméable eût donné une fistule intra-abdominale dangereuse. La cholécystotomie amène le repos et la désinfection des voies biliaires qu'elle draine et dont elle permet le lavage antiseptique. Dans une des opérations où le diagnostic était hésitant, l'auteur fit l'incision verticale ; dans l'autre, il fit l'incision parallèle aux rebords des fausses côtes, qu'il trouve préférable comme donnant plus de jour et moins de tendance à l'éventration.

Dans les deux autres observations, il s'agit bien encore de calculs biliaires, mais dans un cas un calcul avait émigré sous la peau, où il avait produit un kyste suppuré, et dans l'autre dans l'intestin, où il détermina une obstruction intestinale mortelle.

II. — L'auteur considère au canal cholédoque deux parties seulement : une portion sus-duodénale, accessible, occupant le bord de l'épiploon gastro-hépatique. La portion rétro-duodénale n'est accessible que dans ses deux premiers centimètres, puis elle plonge dans le pancréas. Pour l'explorer et l'atteindre, il est nécessaire de tirer légèrement sur la 2e portion du duodénum, de reconnaître ainsi la ligne de démarçation entre l'intestin et l'épiploon gastro-hépatique ; c'est là qu'il faut inciser la séreuse parallèlement à la connexité de l'angle duodénal. On prolonge l'incision sur le bord externe de la portion descendante du duodénum, pour libérer les attaches séreuses en dehors. Il suffit, dès lors, de décoller avec l'ongle l'intestin des tissus sous-jacents pour mettre à découvert la partie du cholédoque qui se trouve dans la gouttière du pancréas. Celui-ci devra être incisé au thermocautère.

Le canal cholédoque va en diminuant de calibre du foie dans le duodénum. On le sait dilatable jusqu'au diamètre de l'intestin grêle, mais, d'après l'auteur, seulement dans sa portion libre lorsqu'il est entouré d'organes adhérents, il ne peut plus se dilater et un grain de plomb est toujours arrêté au niveau de la deuxième portion du cholédoque. Les causes qui influent sur sa dilatatibilité sont extrinsèques. C'est en ce point que se fait l'obstruction la plus fréquente.

L'auteur énumère ensuite les opérations applicables dans ces cas et décrit la manière de faire la cholédocotomie. F. VERCHÈRE.

III. — Dans les 6 dernières années, Kehr a fait 209 laparotomies pour lithiase biliaire. Tant que les calculs sont dans la vésicule ou dans le canal cystique, la mortalité opératoire est presque nulle ; il n'a eu aucun décès pour ses 23 cysticotomies ; sur 21 cysticotomies, il a eu une mort, et sur 30 cholédocotomies a perdu 2 malades. La coexistence d'un cancer du foie ou des voies biliaires ou d'une angiocholite suppurée diffuse aggrave beaucoup le pronostic. Sur 17 malades dans ces conditions, 10 ont succombé aux suites de l'intervention.

L'opération la plus délicate est la cholédocotomie. La littérature en renferme 82 cas, avec une mortalité brute de 31 0/0 ou de 24 0/0, si on en distrait les décès non imputables à l'opération même ; la mortalité opératoire de Kehr pour la cholédocotomie n'est que de 6,6 0/0. 5 fois il n'a pu extraire tous les calculs ; 2 fois ceux-ci se firent jour en rouvrant la plaie, tandis que dans les 3 autres cas, Kehr dut refaire l'opération.

IV.—Femme de 70 ans, soignée depuis trente ans pour des crampes d'estomac. Pendant une de ces attaques, la vésicule biliaire devint distendue et facile à sentir; puis la douleur cessa, on supposa le calcul tombé dans l'intestin. Mais plusieurs attaques successives en démontrèrent la présence, bien que jamais il n'y eût eu d'ictère. La cholécystotomie fut décidée. On trouva un énorme calcul, unique, de 7 centimètres de long sur 5 de large, étroitement recouvert par la vésicule, qui était indurée et parcheminée. La dissection en fut très difficile. Mort subite par collapsus, vingt-deux heures après l'opération.

H. R.

F. LEJARS. Contribution à l'étude des indications de la cholécystostomie et de la cholécystectomie dans la lithiase vésiculaire (*Revue de chir.*, *p. 645*, *sept. 1896*).

La cholécystostomie réalise un drainage prolongé de la vésicule, et jusqu'à un certain point, de tout le système canaliculé de la bile; drainage qui assure l'évacuation secondaire des calculs et la dérivation de la bile infectée. Tant que celle-ci, par l'examen bactériologique, contient des éléments infectieux, il sera nécessaire et possible de maintenir la fistule ouverte, et même, lorsque la vésicule est le siège originel des calculs, lorsqu'elle est seule malade, le drainage est le meilleur procédé auquel on puisse recourir pour modifier et assainir la muqueuse.

La cholécystostomie permet le cathétérisme ultérieur des voies biliaires et les autres moyens locaux propres à rétablir le cours normal de la bile. C'est surtout lors d'hydropisie de la vésicule avec obstruction calculeuse du canal cystique, que ces manœuvres secondaires, patiemment et prudemment conduites, peuvent fournir des résultats inattendus. Enfin elle réserve l'avenir et, en présence d'une affection aussi obscure encore dans sa pathogénie et aussi variable dans son évolution que la cholélithiase, elle assure, en conservant la vésicule, la possibilité d'une dérivation ultérieure, cutanée, intestinale ou stomacale qui préviendrait la cholémie.

L'auteur a pratiqué 6 fois la cholécystostomie dans la lithiase vésiculaire avec 6 succès. C'est cette opération qu'il faut considérer comme l'opération de choix, et la cholécystectomie devient l'opération d'exception dont les indications, quoique rares, ne sont pas moins réelles et l'on aurait tort de méconnaître ses excellents et durables services.

Il n'y a que deux conditions qui la légitiment : 1° lors d'altérations graves de la paroi vésiculaire; 2° lorsque l'affection calculeuse semble entièrement cantonnée à la vésicule. De ces indications, la première est peu discutée et peu discutable; il n'en est pas de même de la seconde, la localisation à la vésicule étant toujours d'affirmation hasardeuse.

F. VERCHÈRE.

AUVRAY et TERRIER. Les traumatismes du foie et des voies biliaires (*Revue de chir.*, *p. 718*, *oct. 1896*).

Les traumatismes du foie, plaies ou contusions, présentent comme principal danger l'hémorragie. C'est donc l'épanchement de sang qui est le symptôme dominant des plaies du foie proprement dites. Aussi les auteurs

concluent-ils à l'intervention d'urgence. Celle-ci consistera à faire une laparotomie médiane, large, d'en faire écarter les bords pour se livrer à un examen minutieux de la glande et des parties voisines. Il pourra même être utile de faire une résection costale. C'est l'exploration visuelle qui donnera les plus sûrs renseignements. Le foie peut être abaissé avantageusement par la main d'un aide. D'une façon générale, les sutures déchirent et tiennent mal les plaies du foie; aussi devra-t-on le plus souvent avoir recours au tamponnement que l'on maintiendra en place pendant 48 heures. Enfin, dans certains cas, on a eu recours à la thermocautérisation. F. VERCHÈRE.

Walther AHLENSTIEL. Die Lebergeschwülste und ihre Behandlung (Les tumeurs hépatiques et leur traitement) (*Arch. f. klin. Chir.*, *LII*, *p. 905-928*).

Les expériences de Ponfick et de Nasse sur les lapins, démontrant, l'un que le foie peut régénérer après avoir subi de grandes pertes de sa substance, même après extirpation de 3/4 de son tissu, l'autre que des parties isolées du foie s'atrophiaient par la ligature de canaux biliaires et que d'autres s'hypertrophiaient par compensation, ont donné à l'auteur l'idée de rechercher comment, avec les moyens actuels de la science, on pouvait reconnaître les tumeurs hépatiques et comment il était possible de les enlever. Il divise à cet effet les tumeurs hépatiques en 3 groupes, qu'il décrit séparément en insistant sur leur diagnostic et leur traitement. Dans ses conclusions, il indique les tumeurs opérables et non opérables et estime que, dans la plupart des cas, il faut faire la laparotomie exploratrice, parce qu'elle n'est pas plus dangereuse que les autres méthodes d'exploration sanglante et parce que, dans un cas reconnu opérable, elle rend possible l'extirpation immédiate et dans tous les cas ne produit aucun dommage. MARCEL BAUDOUIN.

Samuel PIERSON. Traumatic rupture of the spleen : operation, recovery (*N. York med. Journ.*, *p. 271, 22 août 1896*)

Un garçon de 10 ans, dans une chute, tomba sur le flanc gauche ; les accidents qui suivirent faisant supposer une lésion abdominale, Parker Syms pratiqua la laparotomie, 20 heures après l'accident. De nombreux caillots de sang furent trouvés dans la cavité péritonéale. Après une recherche assez pénible, on découvrit une déchirure transversale du hile de la rate ; l'enfant était trop affaissé pour qu'on pût pratiquer l'ablation de l'organe, et d'autre part, étant donné la profondeur à laquelle siégeait l'organe, la nature de son tissu, on ne pouvait songer à faire une ligature. Après lavage du péritoine, on fit un tamponnement avec une mèche de gaze iodoformée, qu'on laissa en place, et dont une extrémité ressortait par l'ouverture de la paroi. Malgré plusieurs incidents, en particulier un hémothorax, conséquence probable de l'accident primitif, et qu'on dût ponctionner, l'enfant guérit, sans que l'hémorragie se soit à aucun moment produite à nouveau. MAUBRAC.

STEPHAN. Vorstellung eines durch Colotomie geheilten Falles hartnäckiger Dysenterie (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 1, p. 21, 6 janv. 1896*).

Chauffeur à bord d'un navire des Indes, âgé de 26 ans, atteint depuis deux mois de dysenterie aiguë résistant à tout traitement. Stephan eut l'idée de

faire pratiquer au malade un anus artificiel au niveau de l'S iliaque, afin de pouvoir traiter les bouts afférent et efférent de l'intestin malade, à l'aide de lavements successivement au bismuth, au tannin et finalement au nitrate d'argent. Immédiatement après l'opération, l'homme commença à regagner du poids. Au bout de 4 mois, l'anus contre nature put être obturé, mais il subsista une petite fistule encore 2 mois 1/2. Les selles sont redevenues parfaitement normales, quoique leur configuration trahisse un certain rétrécissement du rectum. J. B.

GRAFF. Die Murphy'sche Knopf und seine Anwendung (Sur l'emploi du bouton de Murphy) (*Arch. f. klin. Chir., LII, p. 251-305*).

Graff donne communication des résultats obtenus par l'application du bouton de Murphy chez 25 malades du service de Schede au nouvel hôpital général de Hambourg. Dans 14 cas, on avait pratiqué la gastro-entérostomie ; il y a eu 8 succès et 6 morts; dans les 11 derniers cas, on a employé le bouton pour simplifier la résection intestinale : 6 guérisons, 5 insuccès.

Ces résultats ne paraissent pas, à première vue, être à l'honneur de ce mode opératoire ; mais, après l'analyse de chaque observation, Graff a trouvé qu'on ne pouvait, dans ces différents cas de mort, incriminer le bouton de Murphy, car il s'agissait de malades opérés dans un état de faiblesse tel qu'aucune opération n'eût pu être pratiquée avec succès. L'auteur affirme même que le bouton de Murphy présente de très grands avantages sur la suture intestinale, en raison de la rapidité de son application, et qu'il est presque exempt de tout danger, si l'on procède avec une rigoureuse exactitude et si le bouton est très bien conditionné; le bord des ouvertures établies sur la circonférence du bouton doit être absolument mousse, sous peine de perforation intestinale. Graff préconise, en outre, une suture circulaire des surfaces séreuses pour compléter l'opération. MARCEL BAUDOUIN.

Herm. KUEMMEL. Ueber die Anwendung des Murphy'schen Knopfes bei der Operation des Magencarcinoms und über Frühoperation desselben (Sur l'emploi du bouton de Murphy dans l'opération du carcinome stomacal et sur son opération précoce) (*Archiv für Chir., LIII, p. 87-103, 1896*).

Les chirurgiens allemands ne veulent pas encore reconnaître les avantages de l'emploi du bouton de Murphy ; ils objectent que celui-ci rentre dans l'estomac ou exerce une pression contre la paroi intestinale et produit des perforations. Cependant, Murphy lui-même, l'inventeur, et les chirurgiens américains et étrangers emploient cette méthode avec succès, le bouton de Murphy n'étant en somme que rarement cause de la mort. L'auteur indique ses avantages : rapidité (15 minutes) et simplicité relative de l'opération ; large réunion des parties intestinales ou stomacales; possibilité d'alimentation immédiate et absence de cicatrices sur le nouveau pylore. L'opération consiste dans la formation, après ablation de la tumeur, d'une suture en bourse exécutée à l'aide de séreuse et de muqueuse. On place d'abord dans l'intestin, à l'aide d'une pince à artères, la partie mâle du bouton, resserre et ferme la suture. L'ouverture du bou-

ton est obturée avec de la gaze. La partie femelle est introduite ensuite de la même façon dans une ouverture pratiquée aussi petite que possible dans la paroi postérieure de l'estomac. Les deux boutons sont ensuite solidement réunis. Si la mort survient, sa cause n'aura pas été le bouton de Murphy, mais sa mauvaise application. MARCEL BAUDOUIN.

HEYDENREICH et JONNESCO. De l'emploi du bouton de Murphy (*10e Cong. franç. de chir., p. 52 et 62, 1896*).

Après avoir rapporté quatre observations dans lesquelles il a employé le bouton de Murphy, Heydenreich passe en revue les accidents que ce bouton a provoqués d'après les faits connus.

Dans un certain nombre de cas, il n'y a pas eu d'affrontement exact des surfaces mises en contact, le bouton n'ayant pas été assez ferré ou étant trop petit.

Chez certains opérés, la présence du bouton a empêché le cours des matières intestinales. Cet accident, qui arrive lorsqu'on opère sur le gros intestin, peut être évité en se servant d'un bouton à large lumière ou, mieux, en ne se servant pas de ce bouton.

Dans d'autres cas, on a noté une perforation intestinale, due soit à un échec de la réunion, soit à des accidents de gangrène déterminée par la compression d'un bouton trop gros. Enfin, on a signalé des faits de non-expulsion de ce bouton.

Jonnesco, pour remédier aux inconvénients inhérents au procédé de Murphy, procède ainsi dans l'application du bouton : Au lieu de l'introduire dans l'estomac et l'intestin par une boutonnière unique, il commence par faire une boutonnière d'engagement. Par cette dernière on introduit le bouton, puis on en fait saillir l'extrémité sous la paroi intestinale ou stomacale à une petite distance de la boutonnière d'engagement, et on pratique une petite incision cruciale sur cette extrémité. C'est par là que l'on fait sortir le bouton. On suture exactement la paroi intestinale autour du bouton et l'on en coapte les 2 branches. Les deux boutonnières d'engagement sont ensuite fermées. Par ce procédé, on ne crée qu'un tout petit orifice dans la paroi intestinale. OZENNE.

DUPLAY et CAZIN. Sur un nouveau procédé de cure radicale de la hernie inguinale, sans fils perdus (*Semaine méd., 11 nov. 1896*).

Pour remédier aux inconvénients des fils perdus dans la ligature du sac, les auteurs procèdent ainsi : après dissection complète du sac, détachement des adhérences, on attire le sac et avec la totalité du sac on fait un premier nœud, puis un second et, fendant ensuite la partie restante du sac, on noue ensemble les deux chefs ainsi obtenus. Le sac est ensuite rentré et la portion la plus élevée de ces nœuds se trouve toujours à 3 ou 4 centimètres de l'anneau. Si le sac est trop épais, on le fend en deux et on noue séparément les deux moitiés, comme si le sac était entier. Les résultats sont très bons. A. C.

HEYDENREICH. Modification à l'opération de la hernie crurale étranglée (*10e Cong. franç. de chir., p. 469, 1896*).

Après avoir mis à nu et ouvert le sac herniaire, on fait le débridement extérieurement au sac, c'est-à-dire que ce débridement ne sectionne pas le péritoine. Les avantages de ce procédé sont les suivants : on ne risque pas, au moment du débridement, de blesser l'intestin. Si le débridement provoque une hémorragie, le sang ne coule pas dans le péritoine et l'hémorragie est facile à arrêter. Quand, après la réduction de l'intestin, on achève l'opération par l'extirpation du sac, on agit sur un collet intact et non divisé, ce qui facilite la manœuvre et écarte le risque de déchirer davantage le péritoine et de laisser la cavité péritonéale ouverte. Le débridement pratiqué extérieurement au sac est d'ordinaire suffisant pour lever l'étranglement; s'il ne suffit pas, il n'y a qu'à élargir l'ouverture à l'aide du doigt introduit dans le collet du sac. OZENNE.

CAHIER. De la cure radicale des hernies ombilicales congénitales (*Revue de chir., p. 215, mars 1896*).

D'après les cas réunis par l'auteur, on peut conclure qu'il faut intervenir : 1° dans les grosses exomphales, irréductibles ou non, renfermant l'intestin avec ou sans le foie, adhérentes ou non, quand l'affrontement des lèvres de l'ouverture peut se faire sans amener chez l'enfant des troubles respiratoires et que la réduction des organes herniés peut être obtenue et maintenue sans compression exagérée ; 2° dans les exomphales de moyen volume, irréductibles en totalité ou en partie seulement, occupant la base du cordon ou son côté ; 3° dans les hernies petites, irréductibles, tendant ou non à s'accroître ; 4° dans les petites hernies réductibles, munies d'un sac mince à vitalité chancelante ; 5° dans toute hernie dont le sac est éraillé ou rompu ; 6° dans toute hernie présentant des phénomènes d'étranglement ou de péritonite au début. La cure radicale devra se faire sous le chloroforme ou l'éther; on réduira d'abord tout ce qu'on peut réduire de la hernie, puis on incisera les enveloppes, en contournant les viscères adhérents. Après débridement de l'orifice de communication et, s'il est nécessaire, résection des feuillets mésentériques accessoires et même d'une partie du ligament suspenseur du foie, la dissection ou mieux la résection des adhérences, afin de pouvoir réduire tout viscère, on réséque le sac à l'endroit où les tissus paraissent présenter le plus de résistance. On conseille aussi à ce moment d'enlever l'appendice vermiforme ; la veine et les artères ombilicales sont liées séparément, puis on procède à la suture des bords de l'ouverture, soit en un plan, soit de préférence en trois, en comprenant dans le premier le péritoine isolé sur une légère étendue ; dans le deuxième, les fascias et les muscles et dans le troisième la peau. On aurait pratiqué au préalable un avivement du pourtour de l'orifice, au moyen de petits ciseaux courbés sur le plat comme ceux qui servent pour la chirurgie oculaire.

Dans le cas de hernie diverticulaire : 1° s'il y a simple fistule diverticulaire, en aviver les bords et les suturer ; 2° s'il y a prolapsus diverticulaire, réséquer à sa base le diverticule et suturer la partie de substance

de l'anse intestinale ; 3° s'il y a prolapsus intestinal et si les forces de l'enfant permettent d'opérer, faire la laparotomie, désinvaginer, réséquer et suturer. Les bords de l'orifice herniaire seront soigneusement excisés, pour permettre d'obtenir une réunion parfaite et éviter la formation possible d'une fistule ombilicale rebelle. F. VERCHÈRE.

TUFFIER. Opération de la hernie crurale par voie inguinale (*Revue de chir., p. 240, mars 1896*).

Incision parallèle au canal inguinal partant de son orifice cutané pour se prolonger à 4 travers de doigts en haut et en dehors ; ouverture de ce canal moins les orifices aponévrotiques, si la hernie crurale est petite. Le cordon spermatique (ou le ligament rond) est relevé en haut, pour permettre l'incision facile de la paroi postérieure du trajet. On tombe alors sur l'orifice supérieur du canal crural perdu dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il suffit de dissocier avec l'index ce tissu, pour sentir, contourner et isoler la partie supérieure ou collet du sac crural.

On fait sortir la hernie crurale par la plaie inguinale. On peut alors l'examiner et constater que la hernie comprend trois parties : le sac crural, son anneau et au-dessus un large infundibulum inguino-crural. Le péritoine, bien isolé, est ouvert et on résèque l'épiploon aussi haut que possible ; on en fait autant du sac, bien au-dessus de l'anneau. Dans tous les cas de hernie à contenu partiellement irréductible ou volumineux, on ouvre toujours le péritoine au-dessus de la hernie avant de décortiquer le sac.

La suture de l'anneau est alors plus ou moins facilement pratiquée par affrontement de l'arcade de Fallope à l'aponévrose du pectiné, au niveau de la partie supérieure de l'anneau crural. Il ne reste plus qu'à suturer sans drainage les différents plans de l'incision inguinale. F. VERCHÈRE.

A. MARTINOW. Einklemmung und Verdrängung..... (Étranglement et réduction d'une hernie inguinale probablement interne derrière son orifice herniaire) (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XLIII, p. 531-536*).

Pour la réduction totale en masse des hernies inguinales internes étranglées, on ne trouve dans la littérature qu'un nombre assez restreint de cas. 18 réductions complètes sont citées dans l'ouvrage connu de Streub, et après lui, Regnoli et Zeis ont communiqué quelques faits. La rareté de ces communications a décidé l'auteur à publier un cas assez intéressant, recueilli dans la clinique chirurgicale de Koch à Dorpat.

Il s'agit d'un homme de 25 ans, souffrant depuis 4 ans d'une hernie étranglée probablement interne, qui est entré à l'hôpital pour une cure radicale. En l'absence du chef, le malade reste 2 jours sans être examiné. Dans la deuxième nuit, douleurs d'étranglement subites. L'interne de la salle réduit d'urgence la hernie, qui vient se placer derrière les muscles de l'abdomen, en position propéritonéale. Les douleurs recommençant quelques heures après, on fait l'opération. L'auteur raconte alors toute la marche de l'opération et donne la méthode de plusieurs auteurs pour reconnaître une hernie inguinale interne.

MARCEL BAUDOUIN.

SAMTER. Hernia interna retrovesicalis (*Beiträge z. klin. Chir.*, *XVI*, *3*, *p. 833*).

L'auteur a observé un cas de hernie rétro-vésicale étranglée, et n'a trouvé que quatre exemples de cette rare affection.

Il s'agit d'un homme de 61 ans ayant une hernie inguinale étranglée, réduite par le taxis, et repris 7 mois plus tard de signes d'occlusion ; deux fois dans l'intervalle, il avait présenté des phénomènes d'occlusion, d'ailleurs légers et fugaces. Il meurt rapidement, sans qu'on puisse intervenir, et à l'autopsie on trouve entre le rectum et la vessie une tumeur grosse comme le poing ; elle est formée par une anse grêle, enfermée dans un sac péritonéal, étranglée à l'orifice, qui n'a que $2^{cm},1$ de diamètre. Le sac est constitué par le cul-de-sac recto-vésical, car, dans sa paroi, on ne trouve pas de fibres musculaires striées. Les crises légères d'occlusion s'expliquent par la compression exercée sur le rectum par la hernie non encore étranglée.

Une pareille hernie trouve sa raison d'être dans deux faits : la persistance d'un état embryonnaire, dans lequel le cul-de-sac péritonéal descend très bas, entre le rectum et la prostate ; et le développement exagéré des replis vésicaux postérieurs, ainsi que leur convergence à la face postérieure de la vessie. La hernie vaginale postérieure de la femme est tout à fait analogue. Dans de pareils cas, si l'on a fait le diagnostic, le taxis par le rectum peut être tenté. Si l'on opère, on débridera et on enlèvera autant que possible les replis formant l'orifice du sac. ROBINEAU.

QUÉNU et LONGUET. Du cancer secondaire de l'ombilic et de sa valeur séméiologique (*Revue de chir.*, *p. 97*, *1896*).

Les cancers secondaires de l'ombilic sont loin de constituer une rareté, c'est ce que tend à prouver le relevé de 48 cas rapportés dans ce travail. Ces tumeurs sont de petit volume, se développent sournoisement et sans douleur et passent inaperçues même quand il s'agit de carcinose généralisée : de là leur fréquence plus grande encore qu'on ne l'a dit. Les sarcomes sont exceptionnels (3 cas). Les cancers primitifs sont plus rares encore. Les cancers secondaires de l'ombilic ont pour la moitié des cas leur origine dans cette portion de la muqueuse digestive qui s'étend du cardia au rectum. Aussi tout trouble digestif, même banal, acquiert à défaut de signes de certitude une valeur inusitée. Ce trouble banal coexistant avec une induration néoplasique de l'ombilic est suffisant pour mettre sur la voie de la localisation première. L'ombilic peut : 1° être envahi de proche en proche ou par continuité et 2° être contaminé à distance par apport d'embolies cancéreuses ou par envahissement par voie lymphatique. Cette pathogénie indique que la structure de la lésion ombilicale sera celle du néoplasme primitif ; dans le cas particulier ce sera surtout de l'épithéliome cylindrique. Ces tumeurs sont toujours un indice grave et entraînent un pronostic fatal à bref délai.

La laparotomie peut être autorisée lorsque est incertaine la présence de la tumeur intra-abdominale, de la péritonite cancéreuse. On la terminera en enlevant largement la région ombilicale. En cas de carcinose reconnue du péritoine, il faudra se hâter de refermer le ventre. F. VERCHÈRE.

Michel GANGOLPHE. De l'incision péritonéale d'emblée dans la cure radicale de l'anus contre-nature (*Revue de chir., p. 295, avril 1896*).

L'auteur cite trois succès qu'il a obtenus par le manuel opératoire qu'il conseille et qu'il résume de la façon suivante :

1er temps. Incision de la paroi abdominale jusqu'au péritoine exclusivement; elle doit être ovalaire, circonscrivant l'anus contre nature à 8 ou 10 millimètres de ses bords, en tissu sain;

2e temps. Incision péritonéale. A la partie supérieure, on incise le péritoine, puis on introduit le doigt qui contourne le pédicule formé par l'intestin adhérent; sur le doigt on conduit les ciseaux courbes et mousses, de façon à détacher peau et anus ;

3e temps. Entérorraphie latérale ou circulaire, méthode de Murphy, que l'on fait en dehors du ventre;

4e temps. L'intestin est réduit et la paroi abdominale fermée par une suture étagée. F. VERCHÈRE.

Ch. WILLEMS. Reconstitution d'un sphincter après l'amputation du rectum (*Ann. Soc. belge chir., 1er août 1896*).

L'auteur rappelle qu'en 1892, il a conçu et décrit un procédé de reconstitution du sphincter, consistant à faire passer le bout intestinal à travers une boutonnière du grand fessier, avant de le suturer à la peau de la fesse.

Le 1er mai 1896 il a enlevé un carcinome sur une femme de 62 ans et il a mis en pratique ce procédé. Malgré quelques incidents, le résultat a été bon et, le 28 juin, l'auteur note ce qui suit : La région fessière a repris son aspect antérieur et sa consistance normale. La plaie périnéale achève de se cicatriser. Dans la position verticale, la continence est absolue pour les matières et pour les gaz. Dans la position couchée il y a parfois incontinence, le muscle fessier étant au minimum de son action. Quand ce muscle se contracte, on voit l'anus se déprimer et s'enfoncer et, au toucher, on a la sensation d'un sphincter. OZENNE.

I. — GAUDIER, rapport de QUÉNU. Traitement du cancer du rectum : procédé nouveau d'extirpation totale abdomino-périnéale (*Bull. Soc. chir., XXII, p. 270 et disc.*).

II. — CHALOT. Nouvelle méthode, abdomino-péritonéale, pour l'extirpation totale de l'anus, du rectum, et au besoin de l'S iliaque cancéreux, avec colostomie iliaque (*Ibid., XXII, p. 310*).

III. — CHAPUT. Traitement du cancer du rectum (*Ibid., XXII, p. 509*).

I. — Le cul-de-sac péritonéal n'est plus une barrière au delà de laquelle on n'ose porter le bistouri. Les contre-indications locales se tirent bien plutôt de l'immobilité rectale amenée par les traînées cancéreuses. De même, d'autres données interviennent pour s'opposer à l'opération : l'âge avancé, le mauvais état des reins, l'envahissement du foie, la présence d'un ganglion sus-claviculaire cancéreux. Pour les cancers étendus, Gaudier se résout d'emblée à l'anus iliaque définitif. Commençant par la voie abdominale, il coupe l'intestin entre deux ligatures. Le bout supé-

rieur sera fixé dans la plaie ; l'inférieur est libéré le plus loin possible par des ligatures jetées sur le méso-côlon et le pédicule vasculaire qu'il renferme. On termine par la voie périnéale, en isolant l'anus en battant de cloche, l'index introduit dans sa cavité servant de guide. Quénu préfère commencer cette opération par la voie périnéale, ou même sacrée, car il attaque le sacrum et le coccyx par la ligne médiane, incision de Heinecke. Suit l'observation fournie par Gaudier.

II. — Pour libérer rapidement le rectum et l'anse oméga, il ne faut pas avoir un nombre trop considérable de ligatures à jeter. Des recherches sur le cadavre ont amené Chalot à trouver à coup sûr l'artère hémorroïdale supérieure, vraie branche terminale de la mésentérique inférieure. On la saisit, en arrière du péritoine, sous la lèvre interne de la gouttière formée par la colonne lombaire et le psoas. S'il y a lieu d'enlever en même temps l'extrémité inférieure de l'S iliaque, un fil est facile à jeter sur la branche qui s'y rend. Une figure accompagne le texte.

III. — L'auteur traite à fond toute la question des cancers du rectum avec leurs sièges divers, leur extension différente, les méthodes qui permettent d'intervenir dans des cas aussi différents, et donne son appréciation personnelle sur chacun des procédés qu'il énumère. ARROU.

P. BAZY. Maladies des voies urinaires (séméiologie) (*In-18°, Paris, 1896*).

Faisant suite à un premier volume de la même collection sur les affections de l'urètre et de la vessie, ce petit manuel est consacré à l'étude séméiologique des principaux symptômes observés dans les maladies des voies urinaires. Bazy range ces symptômes en deux catégories : ceux qui coïncident avec la miction ou sont liés à elle, et ceux qui surviennent en dehors de cet acte.

Parmi les symptômes extra-mictionnels, sont surtout étudiés par l'auteur : 1° les écoulements purulents (microbiens ou non), muqueux, prostatiques, spermatiques et sanguins ; 2° les douleurs, principalement néphrétiques (ce qui le conduit à détailler l'examen du rein) ; 3° les accidents généraux tels que l'insuffisance et les infections urinaires, la fièvre dite urineuse, etc.

Dans les troubles de la miction, Bazy passe successivement en revue pour leur donner leur valeur séméiologique la miction douloureuse, la dysurie, la miction prolongée et en deux ou trois temps, la pollakiurie. la polyurie, l'oligurie, l'anurie surtout de cause rénale ou uretérale, et enfin les rétentions complètes et incomplètes, et l'incontinence.

Un dernier chapitre du volume est consacré aux modifications pathologiques des urines, et, entre autres, aux urines troubles et à la pyurie, aux suppurations intermittentes ou soudaines, à la chylurie, à l'hématurie, à la stercorurie, à la pneumaturie et à la pilimiction. R. JAMIN.

H. BRINON. Des hydronéphroses congénitales et des dilatations congénitales de l'uretère (*Thèse de Paris, 1896*).

L'hydronéphrose congénitale peut affecter le bassinet d'un uretère normal ou celui d'un uretère surnuméraire ; elle est due souvent à une anomalie d'abouchement de l'uretère. Dans les cas d'abouchement

anormal de l'uretère, il peut se faire dans le segment inférieur du conduit une dilatation circonscrite. Parfois la tumeur ainsi formée est une cause de dystocie. Le pronostic dépend du degré de l'hydronéphrose et de son siège sur un uretère normal ou surnuméraire. R. JAMIN.

E. PIEDVACHE. De la néphrolithotomie comme traitement de la lithiase rénale (*Thèse de Paris, 1896*).

Le travail de Piedvache, basé sur 14 observations, a surtout pour but de montrer l'extrême bénignité de la néphrolithotomie, appliquée à la recherche et à l'extraction des calculs du rein, principalement à ceux de petite dimension qui ne donnent aucune sensation à l'exploration soit par le palper rénal, soit par l'acupuncture. C'est en somme le traitement rationnel de la lithiase rénale, quand le traitement médical a échoué et qu'il existe des douleurs habituelles avec hématuries : le malade est ainsi soustrait à la distension et à l'infection du rein. Le procédé opératoire que préfère et que préconise l'auteur est celui de Tuffier avec hémostase préventive par compression du pédicule. R. JAMIN.

N. HALLÉ. Leucoplasies et cancroïdes dans l'appareil urinaire (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., juin et juill. 1896*).

L'inflammation chronique peut provoquer dans la muqueuse urinaire des transformations épithéliales. L'épithélium normal devient pavimenteux stratifié; cette lésion, accompagnée de sclérose dermique, constitue la leucoplasie urinaire et celle-ci peut être le point de départ du développement d'un cancroïde. Sur tous les points de la muqueuse urinaire, ces deux ordres de lésions présentent les caractères cellulaires propres aux fonctions ectodermiques. R. JAMIN.

Georg. LOTHEISSEN. Ein Beitrag zur Chirurgie der Nieren (Chirurgie des reins) (*Archiv für klin. Chir., LII, p. 721-777*).

Dans sa publication de 56 pages, l'auteur donne une revue générale sur toutes les opérations pratiquées sur les reins dans les cliniques de Billroth et Gussenbauer de 1867 à 1895, en comparant leurs nombre et résultats à ceux d'autres opérateurs. La mortalité sur 60 cas a été, abstraction faite de quelques cas particuliers, de 33,33 0/0. L'auteur décrit ensuite, en indiquant le mode opératoire et les résultats immédiats et finals, en autant de chapitres distincts et assez détaillés, chaque genre des affections rénales, à savoir; les néoplasmes des reins (tumeurs malignes; adénome) ; tumeurs périrénales; lésions des uretères; pyonéphroses; tuberculose des reins; périnéphrites ; hydronéphroses; rein mobile.

Ces descriptions sont accompagnées d'observations et d'histoires des malades, en tout 55. Il y a de nombreuses statistiques d'autres opérateurs. MARCEL BAUDOUIN.

P. BENSA. De l'extirpation totale de la vessie pour cancer (*Thèse de Paris, 1896*).

L'extirpation totale de la vessie est possible ; elle est indiquée dans les tumeurs multiples, infiltrées, volumineuses. Le procédé de choix est la taille hypogastrique avec symphyséotomie et abouchement des uretères dans l'urètre avec cathétérisme permanent des uretères. R. JAMIN.

I. — A. LEGRAND. De la cystocèle crurale (*Thèse de Paris, 1896*).

II. — F.-P. PRIVAT. Contribution à l'étude de la cystocèle inguinale (*Thèse de Paris, 1896*).

III. — L. IMBERT. De la cystocèle inguinale (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., mai-juin 1896*).

I. — La cystocèle crurale est une maladie de la femme et affecte spécialement le côté droit. En cas de hernie étranglée, l'opérateur doit débrider le ligament de Gimbernat et pratiquer la hernio-laparotomie. Souvent le sac et la cystocèle doivent être réduits isolément.

II. — L'auteur distingue deux variétés de cystocèle : primitive et secondaire, cette dernière se produisant soit par intussusception, soit par glissement. Diagnostic souvent impossible avant l'opération. Pronostic grave. Traitement : cure radicale, résection du sac après ligature en chaîne, oblitération de la vessie au catgut par trois étages de suture, réfection de la paroi abdominale par la myoplastie herniaire.

III. — La cystocèle inguinale est une affection rare, s'observant beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme. Elle se produit surtout chez l'adulte, après 40 ans, et aussi souvent à droite qu'à gauche.

La flaccidité de la vessie, la grossesse, l'effort favorisent la hernie de la vessie. La cystocèle inguinale est para, extra ou intrapéritonéale. La vessie herniée est amincie, elle peut être environnée de graisse et accompagnée par les uretères ; elle contient parfois des calculs.

La cystocèle est ou congénitale, ou primitive, ou secondaire ; elle est souvent accompagnée d'épiplocèle ou d'entérocèle. La vessie, généralement irréductible, occupe la partie interne et postérieure du sac ; elle se reconnaît à ses fibres musculaires croisées. Le traitement est palliatif ou chirurgical : bandage ou cure radicale. R. JAMIN.

Ed. LARDY. Trois cas de cystocèle au cours d'herniotomies (*Rev. de chir., p. 142, 1896*).

Dans les trois cas qu'eut à opérer l'auteur, deux hernies inguinales et une crurale, la vessie fut reconnue au cours de la cure radicale. Elle était adhérente dans les trois cas au sac et dut en être détachée par le bistouri dans une certaine étendue. L'auteur conclut que la cystocèle rencontrée au cours des opérations de cure radicale n'est pas un produit pathologique, mais opératoire et que la vessie est simplement attirée au dehors par une traction sur le péritoine. La cystocèle vraie reste une rareté, mais la vessie se laisse entraîner avec une grande facilité et peut être trop aisément liée avec le sac herniaire. Pour éviter cet accident grave, il suffit de faire avec soin la dissection du sac à sa base après

l'avoir ouvert et de se garer, par une palpation exacte avec le doigt, de tout épaississement suspect à cet endroit. F. VERCHÈRE.

ROCHET et DURAND. Cystotomie et cystostomie périnéales; drainage direct du bas-fond vésical par le périnée (*Arch. prov. de chir., p. 489, août 1896*).

L'opération proposée par les auteurs comprend 5 temps principaux : 1° Incision de la peau en H, deux antéro-postérieures commençant sur les côtés du scrotum et se continuant parallèles et en dedans du pli génito-crural et s'écartant un peu en arrière pour respecter le sphincter anal ; une transversale à 5 centimètres en avant de l'anus. 2° Traversée du périnée, on abaisse les deux lambeaux, séparation du transverse et du sphincter anal qui reste dans le lambeau, on introduit un cathéter conducteur dans l'uretère et un doigt dans le rectum. Dissection alors au bistouri par petits coups tranversalement menés, au milieu du rectangle recto-urétral. On trouve bientôt le plan aponévrotique qui tapisse en arrière la prostate, on l'incise et on trouve la face postérieure de la prostate. 3° Isolement du rectum. De chaque côté, on voit les bords internes de chacun des releveurs. Entre ces deux bords musculaires, à l'aide d'une sonde cannelée on décolle la face antérieure de l'ampoule rectale. Dès que l'on sent le bord supérieur de la prostate, on déprime le rectum avec une valve et on voit apparaître au fond de la plaie le cul-de-sac péritonéal. 4° Incision et abaissement de la vessie. Dans le triangle inter-différentiel, séparé par le cathéter tenu par un aide, et sur ce cathéter à 3 centimètres au-dessus de la prostate, on incise la vessie. Puis on saisit chaque lèvre avec une pince à griffes. L'abaissement se fait assez facilement. 5° Sutures. On relève contre le rectum le lambeau cutanéo-sphinctérien, de même en avant le lambeau périnéo-scrotal, libéré autant que nécessaire.

D'après les auteurs, c'est la voie de choix pour un drainage vésical idéal, ne laissant aucun clapier dans le bas-fond de la vessie. Il donne une plus grande facilité pour l'application d'un appareil urinal. Deux reproches peuvent être faits à cette méthode : la minceur du lambeau périnéo-scrotal, qu'on peut craindre de voir se sphacéler ; la présence du méat vésical immédiatement au-devant de l'anus, d'où danger peut-être d'infection ascendante de la vessie et des uretères. F. VERCHÈRE.

G. CAMERO. Le traitement de la cystite douloureuse chez la femme par le curetage vésical (*Gaz. hebd. Paris, 24 sept. 1896*).

L'auteur a relevé 29 observations de curetage vésical par l'urètre chez la femme et a noté 19 résultats favorables et 10 insuccès. Il estime, en présence d'une cystite douloureuse, que, si cette cystite n'a pas disparu après le traitement de l'utérus et par des moyens locaux, il faut recourir au traitement chirurgical, curetage vésical et topiques locaux dans les cas de moyenne intensité ; colpocystotomie dans les cas graves.

OZENNE.

I. LIPOWSKI. Pathologie und Therapie der Harnabscesse (Abcès des voies urinaires) (*Arch. f. klin. Chir., LII, p. 778, et LIII, p. 104-178, 1896*).

L'auteur a étudié, dans un premier mémoire, les lésions qui produi-

sent les abcès des voies urinaires, contusions, traumatismes externes et internes, lésions ascendantes et descendantes, aiguës et chroniques. Dans la communication présente, il décrit la formation d'abcès à la suite de rétrécissement des voies urinaires, indique les causes qui produisent ces rétrécissements, gonorrhée, lésions du périnée, cicatrisations chancreuses, et donne la statistique de Thompson. Il observe que le genre de rétrécissement dépend de la cause qui l'a produit et que les abcès qui se développent à la suite de rétrécissements ont la particularité fatale d'être à la fois effet et cause. L'auteur décrit ensuite en trois chapitres différents les symptômes, diagnostic et pronostic de ces abcès. Le dernier, un long chapitre, traite du traitement et des opérations des abcès de chaque partie des voies urinaires; il se rattache à la loi capitale : *Ubi pus, ibi evacua!* Il insiste longuement sur le sondage et le cathétérisme et donne la description détaillée de l'appareil de Dittel, qui donne une issue ininterrompue du pus. La communication finit par un index bibliographique de 166 publications. MARCEL BAUDOUIN.

DE VLACCOS. De la cystorraphie immédiate après la taille hypogastrique (*Revue de chir., p. 621, août 1896*).

Ayant pratiqué la cystorraphie aux 3 périodes de la vie, l'auteur la préconise comme méthode de choix. La vieillesse s'est montrée aussi favorable que l'âge adulte et l'enfance, et persuadé que des vessies immaculées ne sont pas indispensables pour la réunion immédiate, il ne considère pas, avec certains chirurgiens, l'enfance comme particulièrement propice au succès de la suture.

Chez tous ses opérés, il a permis la marche du 12e au 15e jour, ce qu'on ne peut faire aux siphonés. La rapidité de la guérison est donc à elle seule un avantage très sérieux de la cystorraphie et doit la faire préférer à l'emploi suranné du siphon. F. VERCHÈRE.

Edward REYNOLDS. The diagnosis and treatment of ureteritis in women (*N. York med. Journ., p. 399, 19 sept. 1896*).

Les deux symptômes les plus caractéristiques de l'uretérite sont : 1° la fréquence de la miction, augmentée par la station debout; 2° de la douleur, qui s'aggrave dans la station debout et disparaît après quelques heures de repos au lit.

L'examen par le vagin révèle un peu de sensibilité et un désir d'uriner, quand on presse sur la portion vaginale de l'uretère.

Dans 8 cas d'uretérite, dans lesquels l'auteur a cathétérisé les deux uretères, la proportion d'urée a été trouvée diminuée du côté malade ; par la cystoscopie, on constate que les orifices vésicaux des uretères sont rouges, avec parfois un bourrelet saillant de la muqueuse ; dans ce cas, des applications locales sur le point enflammé, de nitrate d'argent ont donné de bons résultats, mais temporaires. Mais le véritable traitement consiste en des boissons alcalines, et une diète appropriée ; l'iodure de potassium et le mercure ont donné quelques bons résultats.

MAUBRAC.

A. MONTPROFIT. Rupture traumatique du rein : néphrectomie lombaire; guérison (*Bulletin méd., 28 oct. 1896*).

Il s'agit, dans ce cas, d'un adulte qui, à la suite d'une forte pression contre le rebord d'une table de billard, fut pris de syncope et accidents d'hémorragie interne. Dans le flanc gauche on percevait une tumeur dure et volumineuse. Une incision lombaire conduisit sur une masse de caillots noirâtres, dont l'extraction permit de constater une rupture du rein siégeant sur le bord convexe. La néphrectomie fut pratiquée et suivie de guérison complète au bout d'un mois. En examinant les vestiges du rein, on constata qu'il existait un certain degré d'hydronéphrose (dilatation du bassinet et des calices et amincissement du tissu rénal). OZENNE.

POUSSON. Hydronéphrose compliquée d'oligurie avec urémie : néphrotomie; guérison (*Bulletin méd,, 28 oct. 1896*).

Homme de 52 ans ; coliques néphrétiques il y a une dizaine d'années. Depuis quelques jours, accidents urémiques graves et purpura hémorragique très étendu. On constate une hydronéphrose volumineuse ayant déterminé l'impuissance fonctionnelle du rein opposé. La néphrotomie est pratiquée et dès le lendemain le malade rend 700 grammes d'urine. Guérison sans incidents. OZENNE.

LEGUEU. Hydronéphrose par rétrécissement de l'uretère (*Bulletin méd., 28 oct. 1896*).

Malade atteinte d'ectopie rénale depuis 20 ans et d'hydronéphrose depuis 5 ans. En 1895, apparition de douleurs et augmentation de volume du rein. La néphrorraphie rendue impossible par l'atrophie du rein, on en fait l'extirpation qui est suivie de guérison.

L'examen de la pièce a montré qu'à l'extrémité supérieure de l'uretère existait un rétrécissement très prononcé, formé par un tissu de sclérose, qui cessait brusquement du côté du bassinet et se prolongeait en pente douce du côté de l'uretère. L'auteur suppose qu'une inflammation légère s'est produite là où il existait une coudure et a substitué à une lésion mobile une lésion définitive. Ce fait explique le mécanisme de la transformation de l'hydronéphrose et plaide en faveur de l'intervention hâtive. OZENNE.

Paul CHAPUIS. De l'ectopie congénitale intra-pelvienne du rein en anatomie, en gynécologie et en obstétrique (*Thèse de Lyon, 1896*).

L'ectopie intrapelvienne du rein est toujours congénitale. Tantôt le rein est inclus complètement dans le petit bassin ; tantôt, et le plus souvent, il est à cheval sur le promontoire, en partie abdominal, en majorité intrapelvien. Elle est plus souvent gauche que droite, dans la proportion de trois à un.

Anatomiquement, le rein intrapelvien est caractérisé par sa fixité, son défaut de mobilisation, l'irrégularité de sa forme, la situation du hile à la face antérieure, la richesse et la multiplicité de provenances de ses vaisseaux sanguins. Comme rapports : le péritoine couvre une partie de sa face antérieure; l'utérus et surtout le rectum sont presque constamment déplacés sur le côté interne du rein. La capsule surrénale ne participe

jamais à l'ectopie. En même temps, il y a souvent d'autres malformations.

L'auteur signale les erreurs de diagnostic auxquelles peut donner lieu cette ectopie en gynécologie et en obstétrique. H. FRENKEL.

POZZI. Note sur le traitement opératoire de l'exstrophie de la vessie (*Bull. méd.*, *28 oct. 1896*).

Pozzi rapporte l'observation d'une fillette de 11 ans qu'il a traitée d'une exstrophie vésicale par l'opération suivante, dont voici les divers temps :

1° Incision en fer à cheval à 4 centimètres en dehors de la tumeur, la cernant complètement. Deux incisions transversales rejoignent inférieurement cette incision curviligne aux limites de la tumeur ; deux autres incisions analogues sont faites en haut, de manière à diviser en trois segments le lambeau unique primitivement dessiné par le fer à cheval ;

2° Dissection des trois lambeaux, de dehors en dedans, jusqu'à leur base qui correspond à l'écartement des muscles droits. Suture bord à bord de ces trois lambeaux au catgut, de manière à reconstituer une face antérieure de la vessie formée par de la peau dont la surface épidermique est tournée du côté de la cavité nouvelle ;

3° Pour permettre de refaire un plan musculo-fibreux au devant de ce plan profond, on essaie de rapprocher les muscles droits qui ont été mis à découvert par les dissections de la peau. Leur écartement est tel qu'on ne peut y parvenir, même en y faisant des incisions libératrices. On prend alors le parti de détacher avec la pince coupante la portion du pubis sur laquelle se font inférieurement leurs insertions et de la renverser de dehors en dedans. On parvient ainsi à rapprocher la portion inférieure des muscles, et on la suture au catgut. Reste inférieurement un espace considérable où ce rapprochement est impossible. On fait alors rétracter les muscles, et grâce à une incision portée aussi loin que possible en dehors, à la paroi postérieure de leur gaine, de dehors en dedans, on obtient deux lanières fibreuses, très résistantes, qu'on parvient à suturer sur la ligne médiane, au-dessous de la suture des muscles droits. On prolonge ainsi le plan musculo-aponévrotique jusqu'au niveau de la partie médiane du plan cutané déjà reconstitué et à l'aide d'une spatule on refoule la saillie herniaire au-dessous de lui : la réduction se maintient très bien ;

4° Il reste à recouvrir de peau l'énorme surface dénudée qui ne mesure pas moins de 15 centimètres de diamètre. Afin de permettre le rapprochement des bords, on fait deux longues incisions libératrices, immédiatement en dedans des épines iliaques, et on dissèque la peau en dedans de cette incision et en dehors de la grande plaie. On la mobilise ainsi de manière à permettre son glissement.

Une pince attirant en haut le sommet de la plaie tandis que l'on rapprohe peu à peu ses bords, la plaie circulaire devient triangulaire et est suturée au crin de Florence vers son sommet. Pour achever la suture des bords, on doit attirer fortement les lèvres à l'aide d'une suture enchevillée, formant capiton, faite avec un fil d'argent double tordu sur des rouleaux de gaze iodoformée. La suture de la peau est alors poursuivie jusqu'au niveau des orifices des uretères qui sont eux-mêmes à peine recouverts par le double lambeau cutané ; les bords du lambeau externe et

du lambeau interne sont réunis de manière à ourler complètement le bord inférieur de la plaie et à s'opposer à l'infiltration d'urine.

Drainage de la nouvelle cavité vésicale.

Le résultat a été excellent. OZENNE.

GREIFFENHAGEN. Zur Chirurg. Behandlung der Blasentuberculose (Traitement chirurgical de la tuberculose vésicale) (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, *XLIII*, *3*, *p. 288-300*).

Il est question d'un malade de 47 ans atteint, depuis 10 ans, d'une hydrocèle développée à la suite d'un traumatisme. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, la miction était devenue douloureuse et l'urine était sanguinolente.

Lors de son admission, le malade présentait les symptômes d'une incontinence par regorgement.

L'examen clinique permit de constater de la sensibilité à chaque région rénale, et une petite tumeur au sommet de la vessie; une autre tumeur, plus petite, était située à la face antérieure de la vessie; l'urètre était dur et bosselé; la prostate était grosse, non sensible, les urines contenaient du sang et des bacilles de Koch.

Après un traitement palliatif de quelques semaines, on fut obligé de recourir à l'intervention chirurgicale. Après avoir sectionné les téguments, l'auteur tomba dans une cavité remplie de pus caséeux; il établit une ouverture dans le fond de la vessie, y introduisit un drain, puis procéda au curetage de nombreux abcès péri-urétraux et appliqua un pansement à la gaze iodoformée. Cinq semaines après, les bacilles de Koch avaient disparu; Greiffenhagen plaça une sonde à demeure après avoir dilaté préalablement l'urètre. Le malade jouit maintenant d'une parfaite santé. MARCEL BAUDOUIN.

P. NIEHANS. Ein Fall von Inversion der Harnblase (*Corresp.-Blatt. für schweiz. Aerzte*, *n° 5*, *p*, *147*, *1er mars 1896*).

Homme de 23 ans, à hérédité tuberculeuse, atteint, depuis un an, de rétrécissement de la portion membraneuse de l'urètre, qui s'est enflammé et est devenu infranchissable à la suite de tentatives de cathétérisme. Urétrotomie interne et sonde à demeure. Dans la station debout, le malade présente un singulier trouble de la miction; le jet d'urine est assez énergique, mais il s'interrompt soudain, complètement, pendant quelques instants. L'exploration avec une sonde métallique montre que la vessie est très ample et a des parois parfaitement lisses; l'instrument arrive immédiatement sur la paroi postérieure qui se dérobe avec aisance en haut et en arrière, de façon à faire disparaître presque entièrement la sonde qui la suit. Ni calculs, ni tumeur. Urines, en général, claires. Niéhans diagnostique une inversion de la paroi vésicale postérieure. Epicystotomie : vessie très large en tous sens; parois très minces; épithélium lisse, gris blanc. La paroi postérieure est refoulée en avant et en bas par pression de la masse intestinale; l'orifice interne et le bas-fond de la vessie ne présentent rien d'anormal. Fermeture de la plaie vésicale par une triple suture (muqueuse, musculeuse et Lembert) et guérison par première intention.

L'opération, aidée de faradisation et de bains chauds suivis d'une douche froide sur le sacrum, ont rendu beaucoup plus rare le trouble de la miction.

J. B.

CABOT. Five cases of rupture of the urethra treated by external urethrototomy and suture (*N. York med. Journ., p. 130, 25 juill. 1896*).

Cabot a traité 5 cas de rupture traumatique de l'urètre, par l'urétrotomie interne immédiate et la suture. Dans tous les cas, le résultat immédiat a été bon. Trois de ces cas ont été revus des années après l'opération. Deux opérés ne présentaient aucun rétrécissement. Dans le 3e cas, bien qu'il n'y eût aucun trouble de la miction, on trouva un léger rétrécissement qui très rapidement se laissa dilater. Et l'auteur conclut que l'urétrotomie immédiate est le meilleur mode de traitement de la rupture traumatique ; le danger de l'infiltration d'urine est écarté ; les abcès sont exceptionnels, enfin, on a les plus grandes chances d'éviter les rétrécissements, si difficiles à soigner, que l'on observe avec les autres modes de traitement. MAUBRAC.

John BRYSON. Urethrotomy with transplantation for urethral strictures (*N. York med. Journ., p. 131, 25 juill. 1896*).

En décembre 1891, se présenta à Bryson un malade atteint de rétrécissement annulaire de l'urètre, situé à 5 pouces et demi du méat. Ce rétrécissement, d'origine blennorragique, ayant résisté à la dilatation et aux autres traitements palliatifs, Bryson, le 22 décembre 1891, fit une incision au niveau du point rétréci et excisa la partie malade ; quand la dissection fut achevée les extrémités divisées de l'urètre se trouvèrent distantes de 3/4 de pouce sans qu'il fût possible de les rapprocher pour les affronter; on fit alors la greffe d'un lambeau de la membrane muqueuse du prépuce, lambeau que l'on sutura avec les extrémités de l'urètre. La plaie périnéale fut comblée avec de la gaze iodoformée et une sonde laissée à demeure. Le 24 décembre, la gaze fut retirée ; deux jours plus tard, le cathéter fut enlevé, et on put constater que la greffe avait « pris ». Le patient quitta l'hôpital le 6 janvier 1892; il fut revu en décembre 1894 ; le canal avait conservé son calibre normal. MAUBRAC.

M. WASSERMANN. Épithélioma primitif de l'urètre (*Thèse de Paris, 1896*).

L'épithélioma primitif de l'urètre, affection aussi rare chez l'homme que chez la femme, se trouve aussi bien dans la portion pénienne que dans la portion périnéale du canal. C'est presque toujours un épithélioma pavimenteux lobulé dont le développement est favorisé par les rétrécissements et les traumatismes. Chez l'homme, la tumeur est presque toujours compliquée de fistules urinaires. L'endoscopie permet de faire le diagnostic précoce. Le cancer des glandes de Cowper se distingue du cancer de l'urètre par son siège et ses symptômes. Pronostic grave. Au début, la résection de l'urètre peut suffire; plus tard, l'amputation de la verge ou l'émasculation totale sont nécessaires. Traitement palliatif : cystostomie sus-pubienne chez l'homme ; chez la femme : fistule vésico-vaginale.

R. JAMIN.

DE KEERSMAECKER. Le rôle des glandes de Littre dans l'urétrite chronique (*Annales des mal. des org. gén.-urin., août 1896*).

L'auteur distingue deux sortes d'urétrite chronique; dans l'une, les conduits des glandes restent perméables, dans l'autre ils sont oblitérés.

La deuxième variété explique les rechutes, après plusieurs années, ainsi que la contagion par des malades que l'on croyait guéris depuis longtemps. L'endoscope seul permet de faire le diagnostic et de traiter les lésions. R. JAMIN.

POURTIER. Du prolapsus de la muqueuse de l'urètre chez la femme (*Thèse de Paris, 1896*).

Moins rare qu'on ne le croit généralement, surtout chez la petite fille et chez la vieille femme, le prolapsus de la muqueuse urétrale, sans être grave, nécessite presque toujours une intervention chirurgicale, en raison de sa tendance à augmenter de volume et de la gêne et des inconvénients qu'il détermine. S'il est récent, peu prononcé et réductible, on essaye de le réduire en le maintenant comprimé et en usant de caustiques et d'astringents. Sinon, on excise la muqueuse prolabée au bistouri et aux ciseaux, avec suture consécutive. Il serait nécessaire, pour exécuter ces deux temps de l'opération, d'inciser l'urètre, si la séparation de la muqueuse avec le plan sous-jacent était intra-canaliculaire. Pourtier rejette la ligature du prolapsus comme contraire aux règles de la chirurgie antiseptique. R. JAMIN.

I. — OLSHAUSEN. De l'urétroplastie chez la femme (*Berlin. klin. Woch., n° 35, p. 773, 2 sept. 1895*).

II. — Discussion de la Société de gynécologie (*Ibidem*).

I. — Olshausen a observé 3 cas de perte complète de l'urètre chez des femmes; chaque fois la destruction de ce canal était due à une cause différente. Le premier cas fut opéré, sans succès définitif, par Olshausen, R. Volkmann et G. Simon; dans le deuxième, l'urètre créé par Olshausen était suffisamment long, mais trop large, de sorte que l'opérée dut porter un bandage à pelote pour pouvoir retenir convenablement ses urines. Enfin, dans le troisième cas, l'opération a parfaitement réussi et, après six ans d'incontinence, la femme peut maintenant garder sans appareil jusqu'à 230 grammes d'urine. Voici comment O. a procédé :

Ménageant sur la ligne médiane une bandelette de muqueuse, il a, à droite et à gauche, formé une large bande saignante, et en disséquant les tissus de façon à diminuer leur tension; puis il a refermé aussi exactement que possible, sur un cathéter métallique, les deux plaies latérales et appliqué deux étages de sutures, les profondes au catgut, les superficielles en partie au catgut, en partie au crin de Florence.

II. — *Czempin* a vu 3 cas de pertes de substance de l'urètre féminin. Dans les deux premiers, il y avait une hypertrophie éléphantiasique de la vulve avec ulcérations des vestiges de l'urètre; très probablement, il s'agissait, chez ces deux malades, de manifestations tardives de syphilis, quoique le traitement spécifique se fût montré impuissant. Chez l'une, il y avait obturation cicatricielle de l'orifice vésical, et l'opération faite par Czempin, il y a six ans, fut infructueuse. Chez l'autre, il exécuta avec succès une autoplastie de l'urètre, à l'aide de deux opérations. Les lambeaux furent empruntés aux parties molles revêtant les branches descendantes du pubis; ils avaient 4 centimètres de long, de 1 1/2 à 2 centi-

mètres de large, avec pédicule tourné vers le clitoris. Czempin les croisa l'un par-dessus l'autre, suturant le droit au vestige gauche de la paroi vaginale antérieure, et le gauche dans la perte de substance de la branche descendante du pubis droit, résultant du prélèvement des lambeaux; puis, dans une deuxième séance, il refit de même le côté droit de l'urètre. Pour pouvoir mobiliser la vessie et les parois latérales du vagin soudées cicatriciellement à la symphyse et aux branches descendantes du pubis, il incisa, immédiatement au-dessus de la symphyse, la peau et les fascies en forme de T majuscule renversé ⊥ ; sans se servir d'instruments tranchants, il pénétra entre les muscles jusque dans la cuvette de Retzius et sépara les connexions conjonctives entre les parties molles, la vessie et parois latérales du vagin et les os.

Dans le troisième cas, Cz. eut affaire à une vaste perte de substance de la paroi inférieure de l'urètre, provenant des manœuvres criminelles d'une tentative d'avortement. La perte de substance s'était agrandie à la suite de deux anaplasties malheureuses. Son opération n'eut qu'un résultat imparfait.

A. Martin relate 4 cas d'urétroplastie : 1° blessures de l'urètre pendant l'accouchement; après plusieurs tentatives, succès opératoire satisfaisant; 2° destruction de la vessie et de l'urètre : distension de la vessie, autoplastie de l'urètre, sonde à demeure, aucun résultat; une nouvelle opération amène une obturation complète, empêchant l'écoulement de l'urine. La malade détruit elle-même son urètre et succombe; 3° destruction de l'urètre consécutive à une anaplastie; guérison par formation de lambeaux, rétraction cicatricielle, guérison imparfaite; 4° ulcérations de la vulve s'étendant jusqu'à l'urètre; autoplastie avec sutures; guérison passagère, puis récidive et mort par cancer vulvaire.

Veit déclare que, dans 3 cas de plaies syphilitiques de l'urètre féminin, il a obtenu 2 succès opératoires, en se servant, pour refaire la muqueuse urétrale, d'une partie de la paroi antérieure de la muqueuse vaginale, et en unissant simplement, par des sutures, la plaie créée sur le vagin.

Gusserow croit que la continence de l'urètre et de la vessie dépend essentiellement de la conservation du sphincter vésical, tandis que *Olshausen* pense que ce rôle incombe aux muscles de l'urètre, le sphincter de la vessie ne servant qu'à expulser les dernières gouttes d'urine. *A. Martin*, au contraire, se rallie à l'avis de Gusserow, se basant sur les faits de continence des urines en cas de dilatation de l'urètre et même de paralysie de la musculature vésicale. J. B.

KRONACHER. Zur operativen Behandlung der männlichen Hypospadias (Du traitement opératoire de l'hypospadias balanique) (*Deutsche Zeit. f. Chir.*, *XLIII*, *1 et 2*, *p. 161-171*).

Kronacher a imaginé un procédé qui, tout en étant fondé sur les idées de Thiersch, en diffère cependant par plusieurs points essentiels. L'opération se fait en quatre temps, à intervalles d'environ trois semaines.

1er temps : restauration du canal urétral à la face inférieure du gland; agrandissement d'avant en arrière de l'orifice de l'urètre, puis

incision du sillon urétral à la face inférieure du gland, dont on fend le tissu jusqu'à la moitié de son épaisseur ; on passe ensuite le thermocautère pour arrêter l'hémorragie et approfondir l'incision ; tamponnement avec gaze iodoformée ; au bout de trois semaines, formation d'un sillon recouvert de couche épithéliale.

2e temps : incision du prépuce (qui doit fournir l'étoffe nécessaire à l'autoplastie) sur la face antérieure du pénis jusqu'à son insertion en arrière du gland.

3e temps : section d'un des lambeaux à sa base à partir de l'incision médiane, en ayant soin de conserver un point du tissu préputial ; puis en faisant subir un certain degré de torsion à ce lambeau, on l'amène au niveau de la face inférieure du gland, de façon que la surface interne du prépuce soit mise en contact avec le sillon formé lors du premier temps de l'opération. On avive ensuite le bord libre de ce lambeau préputial, de même que les parties correspondantes du gland et de l'urètre, et l'on réunit les parties cruentées au moyen de quelques points de suture. Tout le champ opératoire est ensuite saupoudré d'iodoforme et recouvert d'un pansement humide à l'acide salicylique et à l'acide borique, que l'on remplace deux ou trois jours plus tard par les compresses trempées dans la solution physiologique de chlorure de sodium. Une sonde à demeure empêchera l'infiltration urinaire de la suture.

4e temps : trois semaines après qu'on aura exécuté le 3e temps, on pourra procéder à la section du pédicule du lambeau préputial et à la réunion du bord libre de ce lambeau avec le gland, après avivement préalable ; lorsque cette intervention est suivie de succès, on enlève quelques jours plus tard la moitié du prépuce non utilisée.

Dans les cas où les deux lambeaux du prépuce sont frappés de gangrène, on a la ressource d'utiliser la peau du scrotum pour l'autoplastie.

MARCEL BAUDOUIN.

POUSSON. Fistule vésico-intestinale traitée par la suture transvésicale (*Bulletin méd., 28 oct. 1896*).

Homme atteint de cystite et d'émissions de gaz par l'urètre, depuis trois ans. Dans les derniers temps, sortie de matières fécales par la même voie. A l'examen endoscopique, on aperçoit une tache ecchymotique paraissant être le siège de la fistule, ce que ne confirme pas la taille hypogastrique, car on découvre la fistule au-dessus de l'embouchure de l'uretère droit. Après avivement et dédoublement, les lambeaux vésicaux sont suturés. Le 3e et le 4e jour, issue de gaz et de matières par l'urètre ; mêmes accidents pendant dix jours, puis disparition graduelle de ces émissions et guérison.

OZENNE.

SAKUR. Sur le traitement moderne de l'hypertrophie de la prostate (*Therap. Monatsh., n° 9, p. 489, sept. 1896*).

Il est certain que la castration détermine, dans la plupart des cas, l'atrophie de la prostate hypertrophiée et la guérison des accidents qui en étaient la conséquence. Mais l'état psychique des castrés se ressent de la perte des testicules. S. a cherché à les conserver.

La castration double, chez le chien, détermine l'atrophie de la prostate ; la prostate semble être au testicule ce que l'utérus est à l'ovaire. Au bout de quatre à dix semaines, la prostate est moins volumineuse, surtout par atrophie du tissu glandulaire, ce qui donne la raison de la variabilité de l'atrophie chez l'homme atteint d'hypertrophie prostatique : peu de résultat dans les cas où il y a surtout hyperplasie du tissu fibreux. La castration unilatérale semble inefficace chez le chien. La demi-castration, chez l'homme, est aussi une méthode très peu sûre.

La section du cordon produit, chez le chien, les mêmes résultats que la castration. La section des nerfs spermatiques amène aussi une atrophie semblable. S. a cherché à aboucher à l'extérieur le canal déférent coupé ; il s'oblitère très vite et s'atrophie. PAUL TISSIER.

LOUMEAU. Résection des canaux déférents et castration dans l'hypertrophie de la prostate (*Bulletin méd.*, *28 oct. 1896*).

Loumeau a pratiqué la double vasectomie et l'orchidectomie totale chez 6 malades atteints de rétention chronique complète. Chez quatre de ces malades opérés par la résection double et simultanée des canaux déférents, il n'y a eu aucune influence appréciable sur les testicules, la prostate et les fonctions de la vessie. Chez les deux autres, la double castration a amené un résultat excellent ; la rétention a disparu complètement, chez l'un, au bout de trente-six heures ; chez l'autre, elle s'est transformée en légère rétention incomplète, ne nécessitant que deux cathétérismes faciles par jour. OZENNE.

BAZY. Du méat hypogastrique chez les prostatiques (*Bull. gén. de thérap.*, *15 juin 1896*).

La taille vésicale avec méat temporaire ou définitif est indiquée surtout dans les douleurs d'origine vésicale, dans l'hématurie et dans les infections à forme subaiguë que la sonde à demeure n'a pu enrayer ; elle est impuissante contre les accidents infectieux aigus et suraigus, mais peut et doit être tentée dans ces cas.

Elle peut, dans l'immense majorité des cas de cathétérisme douloureux, être remplacée par différents moyens thérapeutiques, parmi lesquels la sonde à demeure.

Elle doit être exceptionnellement employée dans les cas de fausses routes et de cathétérisme difficile.

L'impossibilité du cathétérisme est une indication encore plus exceptionnelle. G. LYON.

I. — L. FLŒRSHEIM. Du traitement de l'hypertrophie de la prostate par la ligature et la résection des canaux déférents (*Thèse de Paris*, *1896*).

II. — DASSONVILLE. Du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate (de la résection du canal déférent) (*Thèse de Paris*, *1896*).

III. — Ch. TOUILLON. De la castration double dans l'hypertrophie de la prostate (*Thèse de Paris*, *1896*).

I. — A l'aide de 57 cas, observés personnellement ou recueillis dans les

auteurs, Flœrsheim, dans une importante monographie, trace les règles du traitement opératoire de l'hypertrophie prostatique par la ligature et la section bilatérales du canal déférent et, plus particulièrement, par la résection bilatérale entre ligatures de ce conduit. Cette opération, absolument bénigne, donne, d'après les observations de l'auteur, des résultats cliniques sensiblement égaux à ceux de la castration, et il semble illégitime et inutile de recourir à cette dernière quand la résection déférentielle a échoué. Celle-ci paraît avoir son maximum d'efficacité, lorsqu'elle lutte contre des prostates congestives, molles et élastiques, que la congestion soit ancienne ou récente. Au contraire, elle est à peu près inefficace quand la prostate est régulièrement très dure et sclérosée et que la contractilité vésicale est totalement abolie. Dans ces cas, la cystostomie sus-pubienne est plutôt indiquée, voire même la prostatotomie périnéale de Harrison ou la prostatectomie sus-pubienne. Flœrsheim a de plus observé que la section pure du canal déférent ne déterminait jamais l'atrophie testiculaire. Pratiquée d'un seul côté, l'opération serait insuffisante.

II. — Comme le précédent travail de Flœrsheim, celui de Dassonville conclut à la facilité, à l'innocuité et à l'efficacité, chez les prostatiques, de la résection du canal déférent, qui ne nécessite pas l'emploi d'anesthésiques généraux et est plus simple et plus facilement acceptée par les malades que la castration. D'après ses documents, l'auteur montre que presque toujours cette opération a déterminé une très notable amélioration des symptômes urinaires et que parfois tous les phénomènes fonctionnels causés par l'hypertrophie prostatique ont totalement disparu.

III. — Tout en reconnaissant que, le plus souvent, les malades atteints d'hypertrophie prostatique accepteront la résection déférentielle ou la castration unilatérale plutôt que la castration double, Touillon établit les indications (principalement la dysurie et les rétentions de la deuxième période du prostatisme, non améliorées par des cathétérismes toujours plus ou moins difficiles) et les contre-indications (perte de la contractilité vésicale, lésions pyélitiques et rénales avancées) de cette intervention chirurgicale, et il en règle le manuel opératoire. La mortalité relativement considérable observée consécutivement tient, d'après l'auteur, à l'âge avancé des opérés et surtout à leur état grave et parfois désespéré au moment de la castration. Les résultats cliniques concordent avec ceux de l'expérimentation : la castration atrophie la prostate et amende les symptômes dus à l'hypertrophie de cette glande. R. JAMIN.

G. NOVÉ-JOSSERAND. De la résection des canaux déférents dans le traitement de l'hypertrophie prostatique (*Lyon méd.*, *4 oct. 1896*).

N. publie 3 cas traités par la résection des canaux déférents avec un très bon résultat. D'après l'examen de 43 cas, il n'est pas douteux pour N. que cette opération exerce, de par elle-même, une influence favorable qui se traduit à bref délai par la diminution des douleurs, de la fréquence des mictions, le retour des mictions volontaires, l'amélioration de l'état des urines, mais rarement d'une atrophie appréciable de la prostate.

N. pense que ces modifications sont dues à la diminution de la congestion vésico-prostatique, diminution résultant de la suppression des

excitations congestives partant du testicule. Ce n'est donc qu'une opération palliative, mais capable de produire des effets suffisamment prolongés. A. CARTAZ.

A. CABOT. Does additional experience, etc. (La castration est-elle un remède curateur dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate?) (*N. York med. Journ. p. 133, 25 juill. 1896*).

Au point de vue de la mortalité, la prostatectomie n'est pas plus dangereuse que la castration ; de plus, elle permet d'examiner la vessie, enlever les calculs souvent méconnus, et qui rendent nuls les résultats espérés de la castration : cependant elle a le désavantage de condamner l'opéré au lit plus longtemps, et d'être parfois suivie de fistule. Cabot en a noté 1 cas sur 42 opérés ; d'autre part, la castration entraîne une perte de vigueur, même chez les vieillards.

Quant aux résultats de ces deux opérations, ils paraissent sensiblement égaux, et la récidive s'observe dans les deux cas, dans une même proportion.

La castration semble surtout efficace sur les cas de prostate volumineuse, tendue, lorsque l'obstruction est due à la pression des lobes latéraux sur l'urètre ; mais dans les cas de prostates myomateuses et fibreuses, la castration n'a que peu d'indication.

La prostatectomie a son champ d'action dans le traitement des productions qui obstruent l'urètre comme une valvule, mais il n'est point de forme d'obstruction prostatique que l'opérateur ne puisse corriger par la prostatectomie. Cette dernière opération est donc applicable à un plus grand nombre de cas, et elle est l'opération de choix lorsque l'état inflammatoire commande le drainage de la vessie.

L.-P. Pilcher croit que les insuccès de la prostatectomie sont plus nombreux que ne semble l'indiquer la statistique dressée par *A. Cabot*. Cette opération lui a donné toujours des mécomptes : on pourrait la réserver pour les sujets très vigoureux, la castration étant employée chez les affaiblis. MAUBRAC.

John BRYSON. Two cases of prostatectomy : prostatectomy after castration (*New York. med. Journ., p. 237, 15 août 1896*).

Le premier cas concerne un prostatique de 80 ans, qui, 40 ans auparavant, avait eu une attaque d'oreillons compliquée d'orchite ayant complètement détruit le testicule gauche. Le 18 juillet 1895, B. pratique la prostatectomie : l'opération révéla que le lobe gauche de la prostate (celui correspondant au testicule atrophié) était plus développé que le lobe droit.

Dans le second cas, il s'agissait d'un prostatique chez lequel on avait pratiqué l'année précédente une double castration. Le malade était âgé de 64 ans ; le 8 avril 1895 avait eu lieu la première opération ; une amélioration sensible avait suivi et le cathétérisme était devenu inutile ; le 20 janvier, accès de rétention complète, et retour au cathétérisme ; en avril, l'urine était purulente, et le 1er mai, on pratique une cystotomie sus-pubienne ; on enlève un calcul et une large masse de tissu prostatique. Les suites immédiates de l'opération furent excellentes, mais le 26 mai, le malade mourut subitement ; il était atteint d'une affection mitrale. Dans ce cas, la castration semble n'avoir pas

entraîné d'atrophie de la prostate, et au microscope on ne découvre aucune trace de dégénérescence. MAUBRAC.

LAUENSTEIN. Zur hohen Castration nach Büngner (De la castration élevée.....) (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XLIII, 6, p. 588-596, 1896*).

Büngner a préconisé la castration élevée avec évulsion du canal déférent, dans le but d'enlever le plus possible de cordon spermatique, dans les cas où le testicule est menacé de suppuration ou tumeur maligne. On opère de telle manière que, après la mise à nu du testicule, on isole le canal déférent, on l'enroule autour du doigt de manière à en attirer, du canal inguinal, le plus possible, et à le faire rompre en continuant la traction.

Treize fois, l'auteur a fait cette opération, soit pour tuberculose, soit pour néoplasme, soit pour suppuration du testicule. Dans un seul cas, le canal déférent cassa à son insertion au niveau du testicule; deux autres fois, la rupture eut lieu un peu au-dessus de l'insertion testiculaire. L'auteur attire l'attention sur l'hémorragie par le canal déférent arraché qu'il a observée trois fois.

Dans ces cas, il s'est formé un hématome dont une partie se trouvait dans le scrotum, et l'autre dans le canal inguinal, entre la vessie et le rectum. La formation de cet hématome constitue un inconvénient grave de l'opération, car il peut y avoir suppuration des caillots dont la résorption est longue à se faire. On peut aussi se trouver très embarrassé pour arrêter l'hémorragie provenant de l'artère déférentielle arrachée.

MARCEL BAUDOUIN.

CAPDEPON et VITRAC. Hydrocèle en bissac (*Journal méd. Bordeaux, 12 juill. 1896*).

Homme de 71 ans. En 1865, orchite double traumatique, suivie, au bout de six mois, de la production d'un épanchement dans chaque vaginale. En 1873 et 1874, ponctions de ces hydrocèles, qui se reproduisent, et actuellement l'état est le suivant : le scrotum est occupé par une tumeur en forme de trèfle, dont le lobe moyen est indépendant des lobes droit et gauche. Le lobe droit communique avec une poche volumineuse renfermée dans l'abdomen et remontant jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Cette poche ne communique pas avec la cavité péritonéale ; son contenu, liquide, peut être refoulé dans la poche scrotale, et réciproquement. Pas de transparence. OZENNE.

GUITERAS. Report of a case of dislocation of the testicle into the penis (*Med. Record, 4 janv. 1896*).

Homme de 52 ans. A la suite d'un accident de voiture, on remarque, à l'examen du malade, qu'entre autres lésions le testicule gauche avait quitté sa place dans le scrotum et était venu se loger dans le pénis. Deux figures, accompagnant cette observation, donnent une idée très nette de ce cas de luxation du testicule. CART.

X. DELORE. Contribution à l'étude de la rupture de la tunique vaginale dans les hydrocèles (*Gaz. hebd. Paris, juillet 1896*).

L'auteur rapporte quelques expériences entreprises à ce sujet. Elles le conduisent à conclure ainsi :

La plupart du temps, le liquide qui s'échappe d'une vaginale rupturée par distension est arrêté par la tunique fibreuse. Cette rupture provoquée n'a pas de siège de prédilection, contrairement à l'une des conclusions de la thèse de de Saint-Martin (1883).

Delore donne ensuite la relation de quatre observations de malades, chez lesquels il a constaté deux fois la rupture au cours d'une opération et deux autres fois le siège de la rupture antérieure. Cette rupture s'est produite en des points variés, ce qui tient à des différences dans la topographie des lésions. Pour la même raison on note des différences quant au siège de l'épanchement intrapariétal. En cas de rupture de la vaginale, la cure radicale s'impose. OZENNE.

MACAIGNE et VANVERTS. Étiologie et pathogénie des orchi-épididymites aiguës et en particulier des orchi-épididymites d'origine urétrale et non blennorragiques (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., août 1896*).

Il existe trois groupes d'orchi-épididymites aiguës : les unes dépendent d'un traumatisme, d'autres d'une infection générale, d'autres succèdent à une infection urétrale. Les deux premiers groupes renferment surtout de véritables orchites; le troisième est principalement composé d'épididymites.

Les épididymites d'origine urétrale paraissent causées plus souvent par des saprophytes que par le gonocoque; elles surviennent au cours d'une urétrite et peuvent être dues à un microbe différent de celui de l'urétrite. R. JAMIN.

Aug. CHEVROLLE. Traitement de la tuberculose testiculaire (*Thèse de Paris, 1896*).

S'appuyant sur 9 observations de Quénu, Chevrolle admet que, à la période prémonitoire de la tuberculose testiculaire, la médication interne (peut-être la sérothérapie) est seule indiquée, puisque les voies sanguines sont encore perméables. Mais, quand il existe des noyaux distincts et plus tard des abcès avec ou sans fistules, l'auteur pense qu'entre certains traitements locaux, souvent insuffisants (cautérisations, injections intra et péri-nodulaires) et certains autres trop radicaux (castration, épididymectomie, ouverture au bistouri, etc...), il y a place pour un procédé, ne supprimant que les parties malades : c'est le curetage tel que le pratique Quénu. Il consiste à sectionner en deux valves les noyaux tuberculeux et à les évacuer, ainsi que leur capsule, au ciseau, à la curette ou par énucléation, selon qu'ils sont à l'état de crudité, de foyers caséeux ou de cavernes. Si les lésions sont minimes, on fait la réunion par première intention; sinon, on draine à la gaze iodoformée. Bénignité dans les suites immédiates, rapidité dans la guérison, efficacité dans les suites éloignées,

tels seraient, d'après l'auteur, les avantages du curetage testiculaire de Quénu. R. JAMIN.

DELORME. Traitement des hémorroïdes par le procédé de Whitehead (*10e Cong. franç. de chir., p. 462, 1896*).

Pour assurer le succès de ce procédé opératoire, il faut dépasser les limites de la muqueuse malade, utiliser une bonne suture, conserver avec soin les sphincters et obtenir l'inertie absolue (opiacés à haute dose) des muscles périrectaux jusqu'à réunion solide. Delorme a opéré de cette façon 18 malades. Les résultats ont toujours été satisfaisants. Réunion par première intention ; affrontement presque toujours exact de la muqueuse et de la peau ; cicatrice linéaire le plus souvent circulaire, souple et dilatable ; sphincter actif. Pas de rétention ni d'incontinence durables. OZENNE.

BAUMGÄRTNER. Operative Behandlung der Hemorrhoïden (*Berlin. klin. Woch., n° 23, p. 530, 8 juin 1896*).

Baumgärtner pratique des incisions longitudinales de la muqueuse qui revêt les noyaux hémorroïdaux et fait l'énucléation sous-muqueuse de ceux-ci, se bornant à n'enlever que les portions de muqueuse extrêmement soudées au bourrelet d'hémorroïdes ; puis il referme les plaies de la muqueuse par des sutures continues, au catgut.

Kœnig donne la préférence à la vieille méthode de destruction des hémorroïdes par cautérisation ; elle est plus simple et aussi efficace.

J. B.

HEINRICHS. Mesenteriale Chyluscyste (*Berlin. klin. Woch., n° 21, p. 470, 25 mai 1896*).

Femme de 26 ans, chez laquelle, à l'occasion d'un curetage utérin pour avortement, on découvrit une tumeur qui, à part son excessive mobilité, ne présentait aucun des signes classiques des kystes mésentériques. Provenant de la racine du mésentère, elle s'était étendue librement dans la cavité abdominale, en forme de sablier, sur une longueur de 18 et une largeur de 9 centimètres ; elle était de couleur crémeuse et distendue par un fluide laiteux. En même temps que la tumeur, A. Martin extirpa un petit ganglion qui commençait à subir la dégénérescence kystique. Le contenu de la tumeur était du chyle ne renfermant pas de sucre. Les parois étaient tapissées par une sorte de muqueuse composée d'une trame conjonctive, finement réticulée, présentant de nombreux capillaires et dont les intervalles étaient bondées de cellules du chyle ; les trabécules étaient revêtues d'un endothélium ; en un point, se voyaient des vestiges de tissu ganglionnaire bien conservé. Un examen plus complet montra que le revêtement intérieur du kyste était formé lui-même de restes de tissu de ganglion lymphatique. Il s'agissait donc d'un kyste ganglionnaire par rétention. Guérison sans incident. J. B.

BLANC. Deux observations de kystes du mésentère traités avec succès par l'extirpation (*Loire méd., 15 sept. 1896*).

La première de ces observations a été recueillie sur une jeune femme de 23 ans, dont la maladie remontait à environ 8 mois. Une douleur subite dans

la région ombilicale avait été la première manifestation; elle n'avait duré qu'un mois, puis le ventre avait progressivement augmenté de volume. Actuellement existe une tumeur de la tête d'un enfant occupant la région sous-ombilicale. Laparotomie; extirpation d'un kyste du mésentère. Guérison sans incidents.

La seconde a trait à une femme de 32 ans, atteinte depuis 7 ans d'une tumeur abdominale volumineuse. Fièvre, bronchite généralisée, urines purulentes, œdème des membres inférieurs. Etat général mauvais. Un traitement médical procure de l'amélioration, l'urine restant cependant albumineuse. Laparatomie; extirpation d'un kyste suppuré du mésentère adhérent de tous côtés. Réunion par première intention au bout de 15 jours. Mais des accidents d'urémie éclatent et la malade succombe en 2 jours. OZENNE.

DEBAISIEUX. Une observation de cysticerque du tissu cellulaire sous-cutané (*Ann. Soc. belge de chir., 15 mars 1896*)

Femme de 38 ans, portant, à la partie supéro-interne du bras, une tumeur ferme, élastique, ovoïde et du volume d'un œuf. Pas de douleurs. Pas d'engorgement ganglionnaire. Mobilité peu marquée; ablation; la tumeur était formée par une matière d'apparence caséeuse dans laquelle se trouvait une tête de cysticerque vivant. Guérison. OZENNE.

COLLEVILLE et GUÉNART. Rupture d'un kyste hydatique du creux axillaire suivie de suppuration (*Gaz. hebd. Paris, 27 sept. 1896*).

Homme de 40 ans. Violent effort musculaire pendant lequel le malade sent un craquement dans l'épaule. Le lendemain, vive douleur au niveau du creux de l'aisselle, impotence du bras, fièvre, frissons, malaise général. A l'examen direct on note une amyotrophie notable des muscles de la région antérieure de l'épaule, du bras et de la poitrine et, dans les jours suivants, le développemant d'un phlegmon du creux axillaire. La poche ouverte, il en sort une grande quantité de pus riche en staphylocoques et une poche hydatique vide de vésicules filles. Cicatrisation rapide. L'amyotrophie s'accentue, mais, en quelques séances de faradisation, elle s'arrête et les muscles arrivent assez vite à reprendre leur volume normal. La cause de cette amyotrophie serait due pour l'auteur, à une irritation spéciale des nerfs du plexus imbibés par le liquide hydatique. OZENNE.

PONCET (de Lyon). Sur un cas de fistule trachéo-œsophagienne d'origine d'actinomycosique (*Bull. de l'Acad. de méd., 14 avril 1896*).

Une femme de 28 ans, originaire de Tournus, fut prise subitement de quintes de toux, puis de gonflement du cou avec menaces d'asphyxie. A la suite de l'expectoration d'un pus très jaune, les troubles respiratoires disparurent, mais la malade ne put plus avaler de liquides sans être prise de quintes de toux avec suffocation (alimentation à la sonde).

Incision comme pour l'œsophagotomie; on trouve, à 4 ou 5 cent. au-dessus de la fourchette sternale, une perforation de la paroi postérieure de la trachée. Incision de la paroi antérieure de la trachée sur une étendue de 2 cent. 1/2; avivement des bords de la perforation trachéale et suture; la perforation œsophagienne est simplement tamponnée à la gaze iodoformée. Guérison.

L'examen de l'expectoration de la malade et des liquides provenant de la plaie fit reconnaître l'actinomyces. Amélioration de l'état pulmonaire par la médication iodurée.

La malade avait l'habitude de manger du maïs frais. LEFLAIVE.

DUGUET. Sur un cas d'actinomycose bucco-faciale guéri (*Bull. de l'Acad. de méd.*, *21 juill. 1896*).

Un homme de 34 ans, né à Courbevoie qu'il a toujours habité, était atteint, depuis le mois de septembre 1895, de tuméfaction et d'abcès de la mâchoire inférieure. On lui enleva plusieurs dents ; on le mit au traitement antisyphilitique (pas d'antécédents). Le diagnostic d'actinomycose ayant été fait bactériologiquement, il fut soumis à l'iodure de potassium (5 gr. par jour). L'amélioration fut rapide. On y ajouta des badigeonnages de glycérine iodée et les injections de teinture d'iode dans les trajets fistuleux. Guérison complète en quatre mois. LEFLAIVE.

A. PONCET. Des mycoses cervico-faciales (pseudo-actinomycoses) (*Bull. méd.*, *21 oct. 1896*).

Poncet rapporte 3 faits de phlegmon de la région cervico-faciale qui se présentaient avec tous les caractères des inflammations de nature actinomycosique, bien que les grains jaunes, contenus en très petite quantité dans le pus, fussent plus considérables. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un autre champignon. On a noté : mycélium plus enchevêtré et moins rayonné ; filaments plus longs, plus gros. Dichotomies beaucoup plus rares. Spores non contenues dans des massues. Les cultures dans le bouillon ont été fertiles d'emblée, et, au bout de 24 heures, l'aspect microscopique est celui de bacilles ressemblant à ceux de la diphtérie et non mélangés à des grains. OZENNE.

A. EBERMANN (St-Pétersbourg). Beitrag zur Casuistik der melanotischen Geschwülste (Tumeurs mélaniques) (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, *XLIII*, *p. 498-529*, *1896*).

L'auteur rapporte 30 cas de tumeurs mélaniques, pris dans plusieurs cliniques et consistant en 4 carcinomes et 26 sarcomes. Des 16 opérés 3 vivent encore actuellement; les autres sont morts soit de récidives, soit de maladies intercurrentes. L'étiologie de ces tumeurs est encore indéterminée, les quelques inoculations directes qui ont été faites d'animaux à animaux n'étant pas suffisantes pour démontrer une infection par les protozoaires. En ce qui concerne leur siège, les tumeurs mélaniques se développent pour la plupart dans les tissus renfermant des pigments ; ainsi l'œil et la peau sont au premier rang ; les organes internes viennent ensuite. L'auteur donne des statistiques sur l'âge des malades atteints de ces tumeurs, indique les caractères différentiels entre elles et les autres sarcomes, analyse longuement la discussion d'un grand nombre d'auteurs sur l'origine de leur pigment et finit par quelques indications thérapeutiques. MARCEL BAUDOUIN.

F. TERRIER, GUILLEMAIN et MALHERBE. Chirurgie de la face (*In-12 300 pages*, *Paris, 1897*).

Ce petit volume est un résumé des leçons de Terrier sur la médecine opératoire de la face. On trouvera décrits et étudiés avec un grand sens critique, les divers procédés chirurgicaux applicables au traitement du

maxillaire, du nez, des lèvres, des joues, de la langue, des cavités bucco-pharyngées, etc.

A côté des méthodes anciennes on trouvera la description des méthodes nouvelles, d'opérations qui ne se pratiquaient pas autrefois (tumeurs adénoïdes) ou qui ont été perfectionnées depuis l'avènement de l'antisepsie. A. C.

ANNEQUIN. Plaie du poumon par balle de revolver : guérison (*Archives de méd. milit., juill. 1896*).

Un soldat est blessé, le 16 juin, par une balle de revolver, modèle 1892, tirée à 10 mètres de distance, de haut en bas, d'avant en arrière, de dehors en dedans : on constate une perforation complète du côté droit de la poitrine, avec un hémo-pneumothorax, une fracture de la 9e côte et un certain degré d'emphysème sous-cutané.

On applique un pansement occlusif.

10 heures après l'accident survient une hémorragie externe grave ; le malade effrayé déplace le pansement et par les orifices d'entrée (au-dessous du milieu de la clavicule) et de sortie (au-dessus de la dernière côte, à 6 centimètres en dehors des apophyses épineuses vertébrales) du sang jaillit abondamment. La plaie antérieure est débridée, et on s'assure de l'intégrité des vaisseaux sous-claviers : la plaie postérieure est débridée jusqu'au delà de la fracture de la 9e côte, l'intercostale est intacte ; le sang est mêlé à des bulles d'air et provient des vaisseaux pulmonaires. La plaie postérieure est alors agrandie ; la côte fracturée est réséquée. A l'aide d'une compresse de gaze iodoformée on tamponne le poumon dans la direction présumée du trajet de la balle. L'hémorragie ne s'est pas reproduite ; les troubles cardio-pulmonaires, un moment très inquiétants, se sont peu à peu amendés. Le tampon a été retiré le huitième jour. Au bout d'un mois la plaie postérieure était cicatrisée ; la plaie sous-claviculaire s'était cicatrisée en quelques jours.

Le 2 juillet, parurent les signes d'un pyothorax pour lequel on ponctionna la plèvre le 17 juillet, le 21 juillet, le 2 août. Le 9 août, on pratique l'empyème, la guérison était complète le 20 octobre. Il persiste un léger essoufflement lorsque le blessé gravit rapidement un escalier. MAUBRAC.

Fred. SMITH et Fred. TREVES. Two cases of pulmonary abscess treated by operation (*The Lancet, p. 533, 22 août 1896*).

Un homme de 50 ans, le 12 octobre 1895, est saisi, en pleine santé, d'un point de côté à droite; 3 ou 4 jours après, il commença à tousser, et en même temps à cracher des mucosités épaisses très fétides ; l'état général restait bon ; l'examen le plus attentif ne permettait pas de découvrir une lésion pathologique dans la poitrine.

Un mois après ce premier examen, on découvrit, au niveau du milieu de l'omoplate, entre l'omoplate et la colonne vertébrale, un point limité douloureux, mat, avec une respiration très obscure. Le 18 décembre, Treves ouvrit en ce point un abcès, gros comme une noix, plein de pus fétide ; les adhérences pleurales étaient limitées à ce point. L'abcès siégeait dans l'intérieur du poumon ; sa cavité fut bourrée de gaze iodoformée; l'hémorragie provenant du parenchyme pulmonaire fut facilement arrêtée. Les jours suivants, on irrigua régulièrement la cavité de l'abcès, sans que jamais aucun accident soit survenu. La guérison était complète en février.

Dans un second cas, on intervint à la même place, entre l'omoplate et la

colonne vertébrale; la plèvre était très épaissie; le poumon fut incisé lentement, sans hémorragie, jusqu'à ce qu'on ouvrit à plus d'un pouce de profondeur, un abcès gros comme une boule de jeu de croquet; l'abcès fut bourré de gaze iodoformée; puis chaque matin, durant 4 jours, on renouvela la gaze, et l'abcès guérit rapidement. MAUBRAC.

DELORME. Du traitement des empyèmes chroniques par la décortication du poumon (*Bulletin méd.*, *25 oct. 1896*).

La décortication du poumon a été jusqu'à ce jour pratiquée une vingtaine de fois. Après en avoir résumé une douzaine d'observations, Delorme recherche s'il est possible d'établir nettement l'indication d'intervenir en présence d'une vaste cavité d'empyème chronique. Il n'existe, à ce point de vue, aucun élément d'information suffisant. Il faut aller droit à la membrane et au poumon et explorer *de visu*. Si la membrane incisée ne se décolle pas, on transforme l'opération; si, au contraire, elle se décolle, on continue la décortication. L'auteur estime que cette opération, dont il expose avec soin la technique, doit être tout d'abord préférée aux méthodes de thoracoplastie, puisqu'elle permet au poumon de reprendre ses fonctions, et est appelée à garder la place qu'elle mérite dans la thérapeutique des empyèmes chroniques. OZENNE.

I. — BLACQUE. Traitement des anévrismes de la crosse de l'aorte par la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droite (*Thèse de Paris*, *1895*).

II. — A. GUINARD. Traitement des anévrismes de la base du cou par la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droites (*Ann. mal. de l'or.*, *nov. 1896*).

I et II. — Guinard a déjà pratiqué six fois cette opération, le premier cas a été publié dans la thèse de Poiret (*R. S. M.*, XLIII, 228) le second dans le *Bull. de thér.*, 30 janvier 1894; le troisième dans la thèse de Blacque. Trois fois depuis (une observation est publiée dans ce travail) il a pratiqué cette double ligature. Sur ces 6 cas, il n'y a eu qu'une mort par hémiplégie; dans ce cas, qu'il n'opérerait pas aujourd'hui, les artères du côté gauche n'étaient pas perméables et ne pouvaient assurer l'irrigation cérébrale. Il y a eu thrombose. Il ne faut donc jamais pratiquer la ligature de la carotide droite quand la carotide gauche et ses branches ne laissent plus percevoir le pouls.

La ligature, par elle-même, n'offre pas de dangers, à la condition, d'employer un fil tout à fait aseptique.

Au point de vue des anévrismes de l'aorte, il faut établir une distinction si l'ectasie siège dans la partie horizontale de la crosse, en dehors, la ligature ne peut avoir d'action; quand elle siège sur la portion ascendante ou quand l'anévrisme est à l'origine du tronc brachio-céphalique, les résultats sont des plus satisfaisants; la tumeur diminue, les phénomènes de compression s'effacent. G. propose donc cette méthode de traitement comme la plus efficace. A. CARTAZ.

A. BIGNANE. Contributo alla cura degli aneurismi aortici col metodo di Macewen (*Gaz. degli ospedali e delle clin., n° 62, 1896*).

Homme atteint d'un anévrisme volumineux de la crosse de l'aorte (tumeur occupant le 3e espace intercostal droit, ayant un diamètre de 6 centimètres et demi à sa base; traitement par la methode de Macewen (infixion d'aiguilles d'acier dans le sac); à 5 reprises on introduit 2 aiguilles, puis à 2 reprises 1 aiguille, qu'on enlève au bout de 1 ou 2 jours. On constate, à la suite de ces interventions, espacées sur 2 mois environ, qu'il n'y a plus trace de saillie au niveau de la tumeur ; on trouve cependant à la palpation une résistance presque osseuse et à la percussion un son obscur qui comprend la région du manubrium sternal et s'étend un peu à sa droite. GEORGES THIBIERGE.

Betham ROBINSON. Suppurative pericarditis treated by resection of the sixth rib (côte) and drainage (*The Lancet, p. 1460, 21 nov. 1896*).

Un garçon de 16 ans est pris, à la suite d'une angine, d'une pleurésie diaphragmatique droite, puis de péricardite. Une ponction faite dans le 5e espace gauche amène un peu de pus ; le lendemain, après anesthésie, on incise le péricarde et du pus fibrineux s'écoule en abondance. Un tube à drainage fut laissé à demeure; on l'enleva le 61e jour, et la plaie cicatrisa vivement. A aucun moment on ne constata de pus dans la cavité pleurale.

Howard Marsh cite un cas de péricardite, chez un garçon de 14 ans, qu'il a opéré et qui a succombé le 4e jour ; il est hostile au drainage, en raison des mouvements rythmiques du cœur; il préférerait, si l'état du patient le permettait, suturer le péricarde à la paroi thoracique.

Parker recommande le lavage du péricarde pour enlever le pus épais, adhérent, fibrineux, malgré qu'il ait eu un cas de mort à la suite d'un lavage, par distension excessive du péricarde par le liquide infecté. MAUBRAC.

W. EWART. On latent and transient pericardial effusion (*The Lancet, p. 1446, 21 nov. 1896*).

Un épanchement peut se présenter dans le péricarde, indépendamment de la péricardite aiguë, sous l'influence du rhumatisme, des affections cardiaques, du mal de Bright. Si son volume est modéré, il est susceptible de résorption rapide, et comme il n'y a ni douleur, ni signe de compression, il peut passer inaperçu; ces épanchements, ainsi que les épanchements analogues qu'on observe dans la plèvre, sont sous l'influence d'un processus inflammatoire subaigu, ou, plus souvent, sont d'origine passive ou mécanique. Le repos, les diaphorétiques, les diurétiques, suffisent en général; la parencentèse est quelquefois indiquée dans le mal de Bright. MAUBRAC.

NOVÉ-JOSSERAND. Fistule parotidienne guérie par les badigeonnages de cocaïne (*Lyon méd., 22 nov. 1896*).

Fistule salivaire ayant succédé à une plaie contuse au niveau de la branche montante du maxillaire; il s'agissait bien, comme le démontrait le cathétérisme, d'une fistule de la glande et non d'une plaie du canal de Sténon. Insuccès de divers traitements. Badigeonnages deux fois par semaine sur la région parotidienne avec une solution de cocaïne à 5 0/0 sans pénétrer dans la fistule. Diminution de l'écoulement salivaire, puis guérison progressive de la fistule.

A. CARTAZ.

SCHMIEGELOW. Beitrag zur Pathogenese der sogenannten schwarzen Zunge (*Archiv für Laryng., IV, p. 163*).

S. admet l'origine parasitaire de cette lésion; mais à côté du mucor niger qui est l'agent principal de la coloration noire, il a trouvé d'autres champignons, qui doivent agir également comme facteur étiologique, le trichosporium chartaceum et le hormodendron cladosporoïdes.

A. CARTAZ.

Amédée BERT. Du traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage (*Thèse de Lyon, 1896*).

L'œsophagotomie appliquée au traitement des néoplasmes du tiers supérieur de l'œsophage est une intervention sérieuse mais parfaitement légitimée. Dans les cas où la lésion n'est plus limitée à l'œsophage, le traitement palliatif paraît préférable, l'extirpation nécessitant dans ces cas des délabrements immenses tout en étant forcément incomplète.

Dans le traitement palliatif, l'intervention n'est indiquée que si le malade ne s'alimente plus suffisamment de lui-même. Lorsqu'il avale encore un minimum de 3 litres de lait par 24 heures, on se bornera à le surveiller; toute idée de traitement préventif est donc exclue.

Les meilleurs procédés de traitement palliatif sont ceux qui se rapprochent le plus des conditions physiologiques. L'auteur préfère la sonde à demeure à la gastrostomie, réservant celle-ci pour les cas où le traitement précédent est inapplicable. La gastrostomie est le seul traitement des rétrécissements infranchissables. C'est une opération de nécessité.

Le tubage est, il est vrai, de tous les procédés celui qui donne le plus de bien-être au malade, mais les résultats éloignés qu'il a donnés sont trop contradictoires pour qu'on puisse dès aujourd'hui en tirer des conclusions.

H. FRENKEL.

GIRARD. Traitement des diverticules œsophagiens (*Bulletin méd., 25 oct. 1896*).

S'il s'agit de diverticules cervicaux peu volumineux, au lieu d'en faire la résection ou de pratiquer la gastrostomie, opérations graves, Girard préconise l'opération suivante qu'il a pratiquée deux fois avec succès. On invagine le diverticule dans l'œsophage et on oblitère le sac ainsi retourné par deux ou trois étages de sutures en bourre au catgut au fur et à mesure de la réduction. Le diverticule invaginé est ainsi réduit à un bourrelet solide proéminant assez peu dans l'œsophage et l'on obtient l'atrophie graduelle de ce bourrelet.

OZENNE.

GUELLIOT. Deux cas de symphyse stomacale (*Méd. moderne, 28 oct. 1896*).

Femme ayant eu, 7 ans auparavant, des symptômes d'ulcère de l'estomac. A la suite de plusieurs poussées péritonitiques troubles intenses de la digestion. La laparatornie fait constater une soudure complète de l'estomac très dilaté à la face inférieure du foie. Libération de l'estomac. Guérison constatée un an après l'opération.

Sujet ayant subi un troumatisme violent de l'abdomen suivi de signes de péritonite et de selles sanglantes. Troubles des fonctions digestives. Première laparotomie : section d'une bride péritonéale qui retenait le colon transverse. Deux ans plus tard, les digestions étant très douloureuses, deuxième laparotomie : destruction d'adhérences unissant l'estomac au foie. Les adhérences se reproduisent et, huit mois plus tard, troisième laparotonie : on pratique la gastropexie et la colopexie, l'estomac et le colon transverse, tiraillés par les adhérences, étant fortement abaissés. Résultat satisfaisant depuis quatre mois.

OZENNE.

FONTAN. Sur une nouvelle opération de gastrostomie (procédé valvulaire) (*Méd. moderne, 24 oct. 1896*).

Dans un cas de gastrotomie faite pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, afin d'éviter les accidents de corrosion, infiltration des téguments, etc., dus à l'épanchement du suc gastrique, l'auteur a combiné l'opération suivante qu'on peut appeler « le procédé valvulaire » : Incision épigastrique ordinaire. Saisie de la paroi stomacale. Fixation en couronne de cette paroi exubérante. Refoulement en dedans d'un pli de l'estomac, sur lequel la pince reste fixée, et suture séro-séreuse des 2 extrémités de ce pli valvulaire. Ponction au fond de la valvule ainsi créée à l'aide d'un bistouri étroit glissé à la place de la pince; mise en place de la canule.

La canule se trouve ainsi engainée dans une valvule en mitre d'évêque, formée par le refoulement des tuniques stomacales et l'adossement de la séreuse à elle-même. Ce procédé a fourni un succès complet, sans épanchement du suc gastrique. Les suites éloignées furent parfaites. OZENNE.

JONNESCO. De la splénectomie (*Bulletin méd., 25 oct. 1896*).

L'auteur rapporte deux observations de splénectomie pour rate hypertrophiée malarique. L'une des opérations a été faite sur un sujet cachectique; la rate pesait 5.750 grammes; l'autre sur un jeune homme de 18 ans. Ces opérations ont été pratiquées par ligature successive des vaisseaux et des adhérences sans perte de sang. Après la splénectomie on pratiqua des injections de suc splénique. Guérison rapide. OZENNE.

Th. GLUCK. Beitrag zur chirurgischen Behandlung infectiöser Thromben (Le traitement chirurgical des thromboses infectieuses) (*Deutsche med. Woch., n° 38, p. 607, 17 sept. 1896*).

L'ablation des veines atteintes de thrombose septique, telle qu'on la pratique sur les sinus de la dure mère dans l'otite purulente, peut être étendue aux autres veines accessibles et donner de beaux succès chirurgicaux. L'auteur l'a pratiquée notamment dans un cas de furoncle malin de la lèvre supérieure où il fut amené à enlever la veine transversale de la face après ligature centrale et dans 2 cas de phlegmon périphlébitique de la saphène interne ; dans un de ces cas, le thrombus s'étendait jusque dans la veine fémorale, il l'ouvrit après l'avoir fait comprimer au dessus

et au-dessous, enleva le thrombus et lia la veine latéralement, les 3 malades ont guéri rapidement. Dans un 4° cas plus récent, il s'agissait d'un phlegmon septique à forme gangreneuse de la région axililaire. L'incision étendue du coude à l'extrémité interne de la clavicule permit d'enlever la totalité du grand pectoral et une partie du petit; toutes les veines thrombosées, y compris la veine brachiale axillaire et la sous-clavière furent excisées entre des ligatures, de sorte qu'après l'opération les artères étaient découvertes depuis le coude jusqu'à la clavicule; cette immense plaie a parfaitement guéri et les mouvements sont en grande partie conservés. H. DE BRINON.

B. SACHS et Ch.-G. GERSTER. Die operative Behandlung der partiellen Epilepsie (Traitement chirurgical de l'épilepsie partielle) (*Deutsche med. Woch.*, *n° 35*, *p. 555*, *27 août 1896*).

Dans le cours des 6 dernières années, Gerster a eu l'occasion d'opérer 19 cas d'épilepsie partielle. 3 fois la guérison a été complète, le plus récent de ces cas date de mai 1895, le plus ancien d'août 1891, aucune crise n'a reparu; 5 cas ont été améliorés, dans les autres, l'opération n'a eu aucune influence sur la maladie. Sachs et Gerster formulent les conclusions suivantes :

1° L'opération n'a des chances de succès qu'autant qu'elle est pratiquée dans les 3 premières années qui suivent le traumatisme ou l'apparition des crises;

2° Dans les cas de dépression du crâne ou de lésion bien déterminée, l'opération peut encore avoir des chances après plusieurs années;

3° La simple trépanation suffit dans nombre de cas; particulièrement dans les cas de lésions de crâne ou de kystes;

4° L'excision d'un foyer cortical est à faire si l'épilepsie est récente et correspond à une partie du cerveau nettement déterminée;

5° L'excision peut être utile alors même que la partie incriminée ne présente aucune altération visible à l'œil nu, au début, les altérations ne sont perceptibles qu'au microscope;

6° L'opération est permise dans l'épilepsie partielle liée à la paralysie cérébrale infantile, si la paralysie est récente. H. DE BRINON.

MURPHY. Surgery of the Gasserian ganglion with demonstration; report of two cases (*Amer med. surg. Bull.*, *10 oct. 1896*).

Dans la chirurgie du ganglion de Gasser, M. tient pour la meilleure la méthode de Hartley-Krause : excision extradurale du ganglion, parce qu'elle expose moins que celle de Rose : extraction du ganglion de la base, à l'infection et aux hémorragies. Il rappelle très minutieusement la technique opératoire de cette intervention dont deux de ses malades, femme de 53 ans et homme de 52 ans, tirèrent d'excellents bénéfices (névralgie faciale chronique paroxystique). CART.

BERNDT. Zur chirurgischen Behandlung der Basedow'schen Krankheit (Du traitement chirurgical du goitre exophtalmique) (*Archiv für klin. Chir.*, *LII*, *4*, *p. 709-720*, *1896*).

Deux fois, Berndt opéra des goitres exophtalmiques, où il y avait de la cachexie générale, de la cyanose, des insomnies persistantes, un état d'agitation nerveuse des plus pénibles, et de l'accélération du pouls. Guérison dans les deux cas. Dans le premier l'opération consista à pratiquer l'excision du lobe gauche de la glande thyroïde, et, dans le 2e cas, à enlever la glande entière.

Le goitre exophtalmique simple sans complication ne doit pas être opéré.

M. B.

A. RIVIÈRE. Traitement chirurgical des goitres, indications et complications opératoires (*Gaz. des hôp.*, *30 mai et 22 août 1896*).

Excellente revue dans laquelle l'auteur, après avoir rappelé la classification qu'il a proposée pour les goitres (Voy. *R. S. M.* XLIII, 233) étudie les divers procédés d'exérèse applicables à ces tumeurs, thyroïdectomies totales ou partielles, énucléation, exothyropexie. Il discute les indications variables de ces diverses opérations et termine par un examen détaillé des complications qui peuvent survenir au cours ou à la suite.

A. CARTAZ.

DROBNIK. Ueber die Behandlung der Kinderlähmung..... (Traitement de la paralysie infantile par la division et la transposition de la fonction des muscles) (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, *XLIII*, *4-5*, *p. 473-497*, *1896*).

L'auteur a perfectionné le procédé de Nicoladoni qui consiste à remplacer la fonction d'un muscle paralysé par celle d'un muscle sain. Les muscles normaux sont d'un rouge foncé ; les muscles paralysés ont la couleur de la cire jaune ; les muscles atteints d'atrophie par inactivité sont roses. Pour faire l'examen des muscles, l'auteur préfère employer l'inspection directe : il incise la peau sur les 2/3 de la longueur des muscles, sectionne le fascia pour mettre les muscles à nu dans la majeure partie de leur étendue. Après l'examen on procède à la division des muscles sains et à leur transposition sur les muscles paralysés. A cet effet, on choisit le plus souvent possible les muscles à plusieurs faisceaux: le long extenseur du gros orteil, par exemple. On divise soigneusement le muscle à l'aide d'un instrument non tranchant afin de ne pas léser les nerfs. Ensuite on incise dans le sens de sa longueur le tendon en deux portions, l'une reste attachée par son insertion, l'autre est passée sous le tendon des muscles voisins et on le fixe sur le tendon du muscle paralysé auquel on veut rendre sa fonction. On suture à la soie au niveau de l'origine musculaire du tendon paralysé ; avant de procéder à la réunion, il est bon de tirer fortement sur le tendon paralysé et le muscle sain pour l'amener à un degré de relâchement normal.

Le traitement post-opératoire consiste en massages, électricité, mouvements actifs ou passifs ; quant aux appareils orthopédiques, l'auteur est d'avis qu'on peut s'en passer, il les remplace par un bandage solide qui corrige d'une façon exagérée la position vicieuse du membre.

Drobnik a opéré par ce procédé 16 malades ; il a obtenu 16 guérisons ; 15 fois il s'agissait de paralysie de la jambe, 1 fois d'une paralysie des muscles de l'avant-bras et de la main, à l'exception des deux radiaux externes. MARCEL BAUDOUIN.

Pierre DELBET. Kyste hydatique du foie, communiquant avec les voies biliaires, guéri par le capitonnage et la suture sans drainage (*Bulletin méd., 27 mai 1896*).

Un homme de 50 ans était porteur d'une tumeur de la région hépatique, développée lentement, sans réaction, ni fièvre. Incision de 10 centimètres ; ponction du foie donnant un liquide clair, puis jaunâtre. La membrane hydatique est facilement enlevée, mais la bile sourd abondamment du fond de la cavité. L'incision du foie est agrandie à 10 centimètres et l'orifice de la fistule biliaire suturé avec trois fils. La poche est nettoyée au sublimé, puis fermée par capitonnage à l'aide de deux gros fils de catgut. L'incision du foie est suturée par un surjet au catgut et le ventre refermé sans drainage. Guérison.

Le capitonnage n'est applicable que pour les kystes hydatiques à contenu clair non infecté. S'il y a communication avec les voies biliaires, on ne peut l'employer que si la bile n'est pas infectée, ce dont on peut préjuger par l'absence de fièvre ou de réaction inflammatoire. LEFLAIVE.

HOFMEISTER. Ueber Catgutsterilisation..... (Stérilisation du catgut) (*Beiträge zur klin. Chir., XV, 3*).

Cette préparation consiste à enrouler le catgut brut, sur des bobines, et le faire macérer un à deux jours dans une solution de formaline à 2 ou 4 %. Lavage à l'eau courante pendant 24 heures. Puis cuisson pendant 5 à 10 minutes, dans l'eau. Enfin conservation dans l'alcool absolu, avec addition de 5 % de glycérine, et d'un antiseptique, comme le sublimé (dose de 1 ‰). ROBINEAU.

MARKEES. Beitrag zur operativen..... (Contribution au traitement opératoire des fractures) (*Beitr. zur klin. Chir., XVI, 1*).

En présence d'une fracture compliquée, il ne faut plus se contenter d'un débridement avec ablation des esquilles. Mieux vaut, par une ou deux incisions, mettre à nu le foyer, le nettoyer, puis après traction ou flexion, faire pénétrer dans la cavité médullaire une cheville d'ivoire ; celle-ci a pour avantage de maintenir la réduction, facilement obtenue, et de faire sans peine la suture du périoste autant qu'il est possible, et des parties molles, s'il n'y a pas d'infection à craindre. Le même mode de traitement s'applique aux pseudarthroses. L'auteur cite à l'appui 14 cas de fractures compliquées des membres, dont 5 seulement furent suivies de fistules et de l'ablation de la cheville. Sur 10 cas de pseudarthroses opérés de cette manière, 8 guérirent complètement. L'examen des cas où la suture au fil d'argent a été faite montre que la suppuration et l'élimination du fil sont plus fréquentes que par l'emploi de cheville. La suture doit être réservée aux fractures de la rotule et de l'olécrane.

ROBINEAU.

FAISST. Ueber Totalnekrose..... (Nécrose totale de la mâchoire inférieure par ostéomyélite) (*Beitr. zur klin. Chir.*, *XV*, *3*).

Il s'agit d'une jeune fille de 12 ans, prise brusquement, il y a 2 ans, de fièvre vive, avec enflement de la mâchoire tel qu'elle ne pouvait manger ni boire. La fièvre dura pendant 3 mois, puis il se forma un abcès dans la région sous-maxillaire droite, suivi d'une fistule qui se ferma d'elle-même. Chute des dents. Depuis 15 jours un segment osseux fait saillie par la bouche et empêche de la fermer. La palpation fait reconnaître une nécrose totale de la mâchoire jusqu'aux articulations. Il coule de la bouche un pus fétide. Section de la mâchoire avec une pince, du côté droit et extraction facile des deux moitiés. L'opération fut trop tardive, la malade était albuminurique.

Faisst expose les raisons pour lesquelles il attribue cette lésion à l'ostéomyélite ; il rappelle quelques observations analogues déjà publiées.

ROBINEAU.

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Du rôle de la graisse dans le développement des hernies abdominales (*Bull. Acad. de méd.*, *25 août 1896*).

Plus que l'amaigrissement, l'accumulation de la graisse est cause de la formation des hernies. Grâce à son état liquide, elle transmet intégralement la pression qu'elle reçoit et est prête à forcer les anneaux. Accumulée sous le péritoine, elle rend l'abdomen trop étroit pour les viscères, qu'elle repousse vers les anneaux.

On évitera l'engraissement par les exercices gymnastiques (à l'exclusion des exercices athlétiques), par le rationnemant des aliments et des boissons (surtout l'alcool), par les selles régulières (purgatifs).

L'engraissement des opérés les expose aux éventrations.

Les obèses sont plus exposés que les autres aux récidives de hernies ; il ne faut les opérer qu'après les avoir débarrassés de la surcharge graisseuse par un traitement préparatoire et on doit prévenir le retour de l'engraissement.

Le traitement de l'obésité peut améliorer beaucoup la situation de hernieux que l'on ne peut opérer.

LEFLAIVE.

PEYROT. Du sphacèle sus-annulaire dans les épiplocèles étranglées (*Bull. méd.*, *30 sept. 1896*).

Au cours d'une kélotomie pour une grosse hernie épiploïque étranglée depuis quelques jours, on trouva l'épiploon replié sur lui-même, à la façon d'une anse, formant deux plans, l'un superficiel, l'autre profond. Le plan superficiel n'était sphacélé qu'à sa partie inférieure ; le plan profond était bien plus malade et sphacélé dans sa totalité. Le sphacèle se continuait dans l'abdomen. Il fallut faire la laparatomie pour enlever toute la partie sphacélée qui doublait la face postérieure du tablier épiploïque.

L'épiploon s'était replié sur lui-même, son bord libre ayant contracté des adhérences avec la face postérieure, adhérences trop récentes pour qu'il y eût anastomose vasculaire. Le pli inférieur du double tablier ainsi formé s'était trouvé serré dans la hernie et les vaisseaux épiploïques s'étaient étranglés en deux points, à l'entrée dans la hernie et à la sortie ;

par suite la portion intra-abdominale de l'épiploon replié s'est trouvée privée de sang et s'est sphacélée (sphacèle sus-annulaire). LEFLAIVE.

VERNEUIL. Épiplocèle et cystocèle crurales (*Annales Soc. belge chir., 15 mai 1896*).

Femme de 30 ans, portant dans la région crurale droite une tumeur irréductible, mate, mollasse, ne subissant pas d'augmentation de volume par les efforts de toux. Incision des téguments ; incision d'une enveloppe (sac herniaire) dans laquelle on trouve une portion d'épiploon adhérente, qui est réséquée, et en dedans une petite masse charnue, saignante et non recouverte de graisse. Une sonde et une injection introduite dans la vessie ne modifient aucunement le volume de cette petite tumeur.

On se décide alors à l'inciser, ce qui conduit dans une cavité dont l'exploration permet de reconnaître qu'il s'agit d'un diverticule de la vessie, communiquant avec la partie principale de l'organe par un canal étroit. Sutures des lèvres de la plaie vésicale sans réduction du diverticulum dans le ventre; léger pansement compressif. Trois jours plus tard, réduction de la tumeur et achèvement de la cure radicale. OZENNE.

BOUSQUET. Deux observations de variété rare de hernie (*Méd. moderne, 31 oct. 1896*).

1° Femme de 31 ans, multipare, enceinte de 6 mois et atteinte de vomissements incoercibles supposés dus à des adhérences épiploïques provenant d'une ancienne hernie épiploïque. La laparotomie confirme le diagnostic ; rupture des adhérences, guérison et accouchement à terme.

2° Jeune femme portant une tumeur de la région inguino-labiale. Signes d'étranglement. Incision : on trouve une hernie de l'ovaire droit devenu kystique; résection du pédicule, guérison. OZENNE.

OPHTALMOLOGIE.

TRUC et VALUDE. Nouveaux éléments d'ophtalmologie (*Tome II, Paris, 1896*).

Après un rapide historique des maladies oculaires en général, les auteurs passent en revue les maladies des diverses membranes de l'œil ; à signaler surtout un chapitre sur la répartition géographique des maladies oculaires, et un autre de pathologie comparée et vétérinaire, puis vient l'étude de la thérapeutique oculaire, divisée en médication interne et en médication externe ; comme suite à cette dernière, les auteurs passent en revue l'instrumentation chirurgicale, l'anesthésie, l'antisepsie, la petite chirurgie, et l'étude de toutes les opérations particulières. L'hygiène de l'œil, la médecine légale, occupent chacune une partie distincte de l'ouvrage ; enfin, une étude de la vision suivant les professions, les aptitudes pour la marine et l'armée, et un chapitre sur la simulation ter-

minent l'ouvrage. Ce second volume, aussi original que le premier, dans le fond et dans la forme, complète l'œuvre entreprise par Truc et Valude, et heureusement achevée pour le plus grand bien des élèves et des praticiens. ROHMER.

BELLARMINOFF et DOLGANOFF. Sur la diffusion dans les milieux de l'œil à l'état pathologique (*Vestnik oftal. juillet-octobre 1896*).

Les auteurs ont appliqué la méthode chromométrique de Bellarminoff pour déterminer le degré de coloration de l'humeur aqueuse.

Cette méthode consiste à injecter dans le sac conjonctival du lapin une solution saturée de fluorescéine dans une solution de soude à 2 0/0 et à renouveler cette injection, à mesure que la coloration disparaît, pendant 20 minutes; on lave la conjonctive avec de l'eau distillée, on essuie avec du coton hydrophile. Puis on ponctionne la chambre antérieure avec une seringue de Pravaz et on compare l'humeur aqueuse recueillie dans des tubes d'égal diamètre avec les échantillons titrés de la même solution de fluorescéine. Le rapport entre le titre qui correspond à la coloration de l'humeur aqueuse et celui de la solution injectée est l'indice de la diffusion dans la chambre antérieure; de la même façon, on peut déterminer l'indice de diffusion dans le corps vitré, etc.

Appliquant ce procédé à l'étude de l'influence des états pathologiques de l'œil sur le degré de diffusion, les auteurs ont commencé par l'action des traumatismes sur l'œil du lapin. La simple ponction de la cornée augmente la diffusion seulement les 2 premiers jours après l'opération; l'incision de la cornée a une action plus intense et plus prolongée, de sorte que la diffusion reste augmentée pendant 2 semaines et demie, jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie cornéenne. L'iridectomie a une action encore plus intense, probablement parce que le traumatisme est plus prononcé. Cependant ces opérations n'ont d'influence que sur la diffusion dans la chambre antérieure, tandis que le corps vitré n'accuse aucun phénomène de diffusion. Il n'en est pas de même, lorsqu'on pratique l'extirpation du cristallin; dans ce cas, la diffusion se fait aussi dans le corps vitré. Il est évident que le cristallin avec sa capsule, le ligament de Zinn et la membrane hyaloïde constituent un obstacle pour la diffusion des liquides de la chambre antérieure dans le corps vitré. Cela expliquerait pourquoi les panophtalmies sont plus fréquentes après l'opération de cataracte qu'après les interventions ou affections microbiennes dans la cornée.

Dans une 2e série d'expériences, les auteurs ont étudié l'influence des processus pathologiques artificiellement provoqués sur la diffusion. Les inflammations aiguës (abcès, infiltration, jeune cicatrice) augmentent le pouvoir de diffusion, et cela d'autant plus que la cornée est intéressée sur une plus grande étendue ou à une plus grande profondeur. Le processus de cicatrisation diminue, au contraire, la diffusion. Enfin, si on élève la température des milieux externes de l'œil (par exemple, à l'aide de l'eau distillée à 40° C.), on augmente le pouvoir de diffusion, probablement par suite des lésions de la couche superficielle de l'épithélium cornéen. H. FRENKEL.

GIEURE. Du massage oculaire (*Thèse de Paris, 1896*).

Le massage est un procédé simple et efficace de traitement dans quelques maladies des yeux. Selon qu'on aura affaire à telle ou telle affection, on se servira du massage simple, médicamenteux ou traumatique. Le massage aide puissamment l'action des pommades et des collyres. Dans la granulation, le massage agit en tant que massage, les médicaments (poudre d'acide borique, pommade) ne servant qu'à titre de corps étranger. On utilisera le massage simple dans les embolies de l'artère centrale de la rétine, les bépharospasmes, la maturation artificielle de la cataracte (procédé long et incertain). On emploiera le massage médicamenteux dans les conjonctivites, les kératites phlycténulaires, interstitielles, les catarrhes printaniers, les kératites en bandelettes. On fera du massage traumatique dans les conjonctivites folliculaires et les granulations, en aidant toutefois le massage d'un brossage préliminaire superficiel, n'entamant que les granulations. Le massage se fera au moyen des paupières, jamais directement sur la cornée. ROHMER.

DE WECKER. Les lésions oculaires obstétricales (*Annales d'oculist., juill. 1896*).

Lorsqu'au moment de l'accouchement l'enfant se présente d'une façon anormale, ou si l'on est obligé d'appliquer le forceps en cas de bassin rétréci, il peut survenir, à la suite de la compression du crâne, de l'orbite ou du globe oculaire lui-même, de sérieuses lésions oculaires, telles que évidemment de l'orbite, celui-ci ayant été pris pour l'orifice anal, paralysies musculaires, surtout celle de la 6e paire, chutes congénitales des paupières. Les traumatismes directs des yeux sont plus rares, car, sur 200,000 malades, de Wecker n'en a observé que 3 cas ; il cite 1 cas de Noyes, dans lequel, avec une contusion de tout le pourtour de l'œil, il y avait une blancheur de toute la surface de la cornée, offrant un caractère floconneux et semblant atteindre toutes ses couches. Plus tard, cette opacité a presque complètement disparu ; on s'était contenté de faire des instillations d'atropine. De Wecker a observé 1 cas à peu près analogue chez lequel il fit, dans l'espace d'un mois, 6 injections sous-conjonctivales de 5 gouttes d'une solution de sublimé à 1 0/00. Au bout d'un mois, il ne restait qu'une faible opacité de la cornée. ROHMER.

A. TROUSSEAU. Résultats éloignés favorables de quelques opérations d'épithéliomas de la paupière et de la conjonctive (*Rev. des mal. cancér., I, p. 158, 1896*).

Le pronostic des épithéliomas de la paupière est beaucoup moins sombre que certains se sont plu à le dire. Il n'est pas, pour se mettre à l'abri de récidives, utile de faire de grands sacrifices de tissus voisins, et, dans les cas d'épithéliomas de la conjonctive bulbaire, le globe oculaire peut presque toujours être perforé. L'auteur ne parle pas des très petits épithéliomas traités par les moyens locaux (grattage, galvanocautère, chlorate de potasse). Dans les 6 observations rapportées par l'au-

teur, le diagnostic a été vérifié par l'histologie, les malades ont été observés longtemps et régulièrement pendant 2 ans 1/2, 3 ans, 8 ans.

Ce pronostic post-opératoire des épithéliomas de la paupière et de la conjonctive sera bénin, surtout si l'on peut opérer avant qu'ils n'aient envahi les tissus profonds et les ganglions. Il est meilleur que celui des épithéliomas des autres régions. F. VERCHÈRE.

I. — Adolf HEIM. Die Blennorrhoea neonatorum und deren Verhütung in der Schweiz (*Thèse de Berne 1895*).

II. — PFLUEGER. Ueber die Blennorrhoea neonatorum (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 18, p. 588, 15 sept. 1895*).

III. — Discussion de la Société médico-pharmaceutique de Berne (*Ibid., p. 589*).

I et II. — En Allemagne, en Italie, en Suisse, c'est l'ophtalmie des nouveau-nés qui est la principale cause de cécité et, de toute l'Europe, il n'y a guère qu'en Autriche-Hongrie où, les vaccinations étant très incomplètes, l'ophtalmie des nouveau-nés cède le premier rang à la variole. Tant à la clinique qu'à la policlinique, Pflüger a traité, de 1883 à 1892, 244 cas d'ophtalmie des nouveau-nés. Les enfants illégitimes qui constituent, dans le canton de Berne, les 5 0/0 du total des naissances, comptent 0,93 0/0 d'ophtalmies, tandis que les enfants légitimes n'en fournissent que 0,103.

Heim s'est adressé à un grand nombre de médecins de Suisse pour connaître le nombre annuel d'ophtalmies de nouveau-nés; il lui en a été communiqué 378 cas, ce qui représente 4,5 pour 1,000 des enfants nés vivants; mais ce chiffre est certainement inférieur à la réalité puisque 85 0/0 des cas se produisent dans les 5 premiers jours qui suivent la naissance. Parmi les cas guéris, il s'en trouve 70 0/0 qui ont été traités dans les 5 premiers jours, tandis que ceux traités plus tardivement ne donnent que 40 0/0 de guérisons. Les villes fournissent plus du double des malades que les campagnes; en revanche, grâce au traitement plus précoce, on obtient 85 0/0 de guérisons parmi les cas urbains et seulement 71 parmi les ruraux. 58 0/0 des cas s'observent sur des enfants des classes aisées et 42 seulement dans ceux des classes pauvres; mais, chose curieuse, on trouve parmi les premiers plus de cas de terminaison défavorable.

III. — *Walthardt* considère comme superflu le lavage des yeux parce que, sur 30 nouveau-nés examinés immédiatement après la naissance, il n'a pu découvrir de microorganismes dans les culs-de-sac conjonctivaux. Pour lui, les sécrétions vaginales ne pénètrent pas d'elles-mêmes à travers les fentes palpébrales; ce sont les lavages qui les introduisent.

Pflüger n'est pas si rassuré que cela, car il est des cas où l'affection a acquis un tel degré dès le premier jour qu'elle suppose une infection de date non récente. Nieden (*R. S. M.*, XLI, 692) a d'ailleurs publié un cas d'ophtalmie chez un enfant venu au monde avec la poche des eaux intacte.

P. Mueller rappelle qu'à la clinique obstétricale de Berne on s'est, pendant une quinzaine d'années, servi du traitement de Credé et aucun œil

n'a été perdu ; mais ce procédé a comme inconvénient de provoquer une inflammation artificielle qui masque le développement d'une infection ultérieure ; aussi, depuis 2 à 3 ans, recourt-on au sublimé ; à la suite de cette nouvelle médication, les ophtalmies artificielles sont devenues plus rares sans que les résultats thérapeutiques aient été moins bons. Les irrigations vaginales pendant l'accouchement sont une mesure prophylactique très importante.

Pflüger n'est pas partisan du sublimé qui est peu efficace et très irritant. Il a vu des enfants dont les régions correspondant aux interstices palpébraux étaient recouvertes d'albuminate de mercure ; leurs yeux étaient rapidement perdus. L'œil du nouveau-né ne tolère que les solutions de sublimé au huit-millième.

Hegg croit que c'est le lavage des yeux, fait les paupières renversées, qui est la chose principale ; on peut le pratiquer avec une solution boriquée ou avec la solution salée physiologique parce qu'il s'agit essentiellement d'un nettoyage mécanique. J. B.

Mme Gabriele POSSAUER. Ueber die Lebensdauer nach dem Auftreten von Retinitis albuminurica (*Beitr. zur Augenheilk., XV*).

Observations recueillies à la clinique ophtalmologique de Zurich et dans la clientèle privée de Haab qui la dirige. Le pronostic est beaucoup plus grave chez les malades de l'hôpital et moins favorable chez les hommes.

La mort est survenue dans les deux ans qui ont suivi l'apparition de la rétinite albuminurique, 100 fois sur 100 chez les malades hommes de la clinique ; 68,4 fois sur 100 chez les malades femmes ; 59 fois sur 100 chez les clients particuliers du sexe masculin et 53,8 fois sur 100 chez les femmes de la clientèle privée. Il ressort donc de ces chiffres que les chances de survie sont très variables et dépendent surtout de la didactique et de la thérapeutique consécutives au développement de la rétinite. Une cliente particulière de Haab vivait encore 11 ans après le début de la rétinite ; 6 autres clients privés ont survécu de 4 à 7 ans. Tous les faits sur lesquels s'appuie cette statistique sont des cas de néphrite chronique, et presque exclusivement de la forme interstitielle. J. B.

LAWFORD. Discussion du traitement opératoire de la myopie forte (*Brit. méd. Assoc. Carlisle, juill. 1896*).

De l'exposé de la question fait par Lawford, il ressort qu'il ne faut pas opérer au-dessous de 11 à 12 dioptries ; l'abaissement de la réfraction a été, dans la plupart des cas, de 16 à 13 dioptries ; il semble que le déficit de réfraction est d'autant plus grand que la myopie est plus forte ; il faut aussi prendre en considération les altérations inflammatoires et atrophiques de la choroïde, les opacités et la liquéfaction du corps vitré : on a opéré des enfants aussi bien que des personnes âgées. La discision semble être la méthode de choix, d'autant plus que le cristallin ne se sclérose pas chez les myopes comme chez les vieillards à réfraction normale. L'enlèvement du cristallin avance beaucoup les opérés au point de

vue de l'acuité visuelle; le port d'un verre concave ou convexe faible les rend capables de s'occuper en fixant de près, et de faire des ouvrages auxquels ils avaient dû renoncer auparavant. Après l'opération, la myopie ne progresserait plus; mais on a vu survenir des décollements rétiniens; très souvent un raccourcissement de l'axe antéro-postérieur suit l'enlèvement du cristallin. ROHMER.

L. FÉVRIER. Recherches sur la pathogénie de la myopie (*Annales d'oculist., sept. 1896*).

Depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte, l'œil tend sans cesse vers un état de plus grande réfringence, favorisé encore par le développement de l'orbite. L'exercice de la vision binoculaire doit se faire de telle sorte que, si les parties de rétine impressionnées venaient à être superposées, il y aurait coïncidence parfaite des deux fosses centrales et des deux méridiens verticaux. Ce sont les muscles obliques supérieur et inférieur qui sont chargés de redresser ces méridiens. Or, la contraction des muscles obliques ne peut s'effectuer sans déterminer un allongement du globe suivant son axe antéro-postérieur, c'est-à-dire sans donner à l'œil une constitution myopique; en tout cas, il y aura toujours projection de l'œil en avant. ROHMER.

I. — BOCK. Beitrag zur Statistik der Kurzsichtigkett (*Oesterr. Sanitätsw., n° 4, 1895, et Hyg. Rundch., V, p. 581*).

II. — Boleslav JANKOWSKI. Beitrag zur Myopie-Frage (*Bâle et Leipzig, 1895*).

III. — PFLÜGER. Behandlung hoechstgradiger Kurzsichtigkeit mittelst Entfernung der Linse (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte, p. 642, 15 oct. 1895*).

IV. — ÉPERON. Sur la correction opératoire de la myopie forte (*Revue méd. Suisse romande, XVI, p. 92*).

I. — En Carniole, sur 8,306 malades atteints d'affections oculaires, 673, soit 8,1 0/0 étaient myopes : 110 étaient affectés de myopie progressive, 274 de myopie compliquée de staphylôme postérieur, 157 de myopie compliquée d'opacités du corps vitré ou d'inflammations de la choroïde et de la rétine, 24 de décollement rétinien. 124 fois, l'acuité visuelle, malgré la correction, était moindre de 6/36. Il se trouvait 414 hommes contre 259 femmes; les âges prédominants étaient ceux compris entre 10 et 25 ans, c'est-à-dire ceux des plus grands efforts des yeux pour le travail de près.

II. — Jankowski a pratiqué des mensurations des orbites, suivant le procédé de Stilling, sur 549 médecins, étudiants et écoliers des deux sexes. Il en conclut que la myopie se montre, non pas constamment, mais dans la grande majorité des cas, dans des orbites bas; il semble donc que l'hérédité agisse principalement sur le mode de conformation du crâne facial.

III. — Pflüger a disposé, en tableaux synoptiques, 36 cas de myopie élevée (23 malades du sexe féminin et 13 du sexe masculin; 19 pour l'œil droit et 17 pour l'œil gauche) qu'il a traités par l'opération de Fukala (*R. S. M.*, XXXVII, 638). L'âge de ses opérés va de 7 à 40 ans. Il a pra-

tiqué la discision avec ponctions consécutives ; une seule fois il a fait précéder la discision d'une iridectomie, mais sans profit. Le degré de myopie oscillait généralement entre 14 et 17 dioptries ; les extrêmes sont 9 (11 ans) et 22 (25 ans) pour l'œil droit ; tandis que pour l'œil gauche, le degré ne variait qu'entre 15,5 et 19,5 dioptries. La différence de réfraction réalisée par l'opération oscille entre 14,5 et 20D. Le plus fréquemment, les myopies de 15 ou 16D. ont été transformées en emmétropies. Conséquemment, chez les adultes, la limite inférieure convenant à l'opération est 14D, tandis que chez les enfants où il est à prévoir que la configuration myopique des yeux progressera encore, on doit abaisser cette limite de quelques dioptries, sans appréhender la légère hypermétropie qui peut entraîner l'aphakie. Chez tous les opérés, sauf un seul, la vision à distance s'est améliorée ; elle a parfois doublé et même triplé ; mais les progrès de l'acuité visuelle réclament souvent des mois. 12 des cas étaient compliqués de vieille choroïdite centrale, 3 de taches de la cornée, 8 de strabisme, dont 6 divergents.

Les deux objections faites à l'opération de Fukala sont la suppression de l'accommodation et la crainte d'un décollement de la rétine.

IV. — Aux 117 opérations déjà connues, Eperon en ajoute 6 personnelles et indique une formule pour calculer la réfraction de l'œil privé de son cristallin. J. B.

SULZER. Quelques résultats de l'ophtalmométrie clinique (*Annales d'oculist.*, *oct. 1896*).

1° Il est impossible de calculer la valeur réfringente du cristallin par la diminution de réfraction consécutive à l'aphakie, sans avoir déterminé la valeur réfringente de la cornée.

2° Il y a entre les amétropies simples et la courbure cornéenne, un rapport qui apparaît aussi bien dans les valeurs moyennes que dans la répartition des différentes courbures cornéennes sur les états de réfraction.

3° La courbure cornéenne de l'œil normal varie entre des limites comprises entre 30 et 50 D, si du moins des mesures ultérieures ne montrent pas que ces limites sont plus étendues. ROHMER.

J. v. KRIES. Ueber die dichromatischen Farbensysteme partielle Farbenblindheit (Cécité dichromatique) (*Centralbl. f. Physiol.*, *X*, *p. 148*, *1896*).

L'auteur montre que les personnes atteintes de cécité chromatique pour le vert rouge se divisent en deux groupes nettement tranchés au point de vue de la sensibilité relative de leur rétine pour la lumière jaune (sodium) et la lumière rouge (flamme colorée par le lithium). Pour les uns, 10 parties de jaune équivalent à 37 parties de rouge, tandis que pour les autres 10 parties de jaune équivalent à 200 parties de rouge environ. Les résultats de ces expériences, ainsi que ceux d'autres équations de couleurs obtenues comparativement chez des dyschromatopsiques et des yeux normaux, cadrent bien mieux avec la théorie des trois énergies spécifiques de la rétine de Helmholtz qu'avec la théorie de Hering. LÉON FREDERICQ.

L. BARDELLI. Ricerche sperimentali sulla sterilizzazione del sacco congiuntivale (*Il Morgagni, p. 246, avril 1896*).

Le lavage avec un liquide stérile, le seul enlèvement mécanique sont bien loin de produire les effets de l'antisepsie jointe à la plus rigoureuse asepsie. L'antisepsie ne doit pas seulement être faite immédiatement avant les opérations, mais encore dans les jours qui précèdent. Un pansement humide au formol fait 12 heures d'avance rend des services appréciables en agissant directement sur la peau, les cils et le bord libre des paupières. La stérilisation absolue du sac conjonctival est impossible à obtenir; cependant, dans la grande majorité des cas, l'opérateur est à l'abri de toute complication, le sac conjonctival ne contenant que rarement des germes pathogènes virulents et la virulence de ceux qui ont résisté au lavage antiseptique étant très atténuée par ce lavage.

GEORGES THIBIERGE.

LAFFOY Dacryocystite chronique : extirpation complète des glandes lacrymale, orbitaire et palpébrale; guérison (*Journ. méd. Bordeaux, 14 juin 1896*).

Femme de 41 ans, atteinte, depuis 2 ans, de dacryocystite suppurée qui a résisté aux injections. Curetage du sac lacrymal. Ablation des glandes lacrymale, orbitaire et palpébrale. Disparition rapide des phénomènes inflammatoires.

OZENNE.

BAQUIS. Das Trachom der Thränendrüse (Glande lacrymale) (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XIX, p. 406, 1896*).

Les sujets trachomateux présentent quelquefois une tuméfaction progressive des deux glandes lacrymales, qui est due à de l'adénite chronique, originaire de la conjonctive, et transplantée le long des canaux excréteurs de la glande. Cette adénite arrive à l'atrophie de la glande. Histologiquement, la lésion consiste en une forte infiltration cellulaire, surtout autour des canaux et des acini glandulaires, jusqu'à produire de véritables noyaux de trachome; l'épithélium glandulaire ne réagit pas. Avec le temps l'atrophie survient par compression progressive des vaisseaux.

C. LUZET.

F. LAGRANGE. Valeur clinique de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales (*Journal méd. Bordeaux, 22 mars 1896*).

Relation de 10 nouvelles observations de rétrécissement inflammatoire des voies lacrymales guéri par l'électrolyse, d'après une technique que l'auteur a décrite antérieurement et comprenant l'usage du galvanomètre apériodique, du rhéostat continu et d'une sonde électrolytique qu'il a fait construire spécialement dans ce but. Cette sonde, qui permet d'éviter la production d'un rétrécissement cicatriciel ultérieur, étant introduite, on la met en communication avec le pôle négatif. A l'aide du rhéostat le courant passe lentement, régulièrement, augmenté jusqu'à 5 milliampères et, après 3 à 5 minutes, redescend graduellement à 0°. Il est nécessaire de faire trois ou quatre séances et de compléter la cure par quelques injections antiseptiques.

OZENNE.

HOOR. Zur Irrigationstherapie Dr Kalt's bei der Behandlung eitriger Ophthalmien (*Centralbl. f. prakt. Augenh.*, *août 1896*).

Stellwag avait déjà préconisé et employé le permanganate à 3 0/0 en lavages oculaires ; l'auteur met 10 à 15 gouttes d'une solution saturée dans un verre d'eau. L'auteur remplace aussi les irrigations de Kalt par des lavages faits de 5 en 5 minutes avec des tampons de coton exprimés dans des cul-de-sac conjonctivaux ; les irrigations de Kalt sont inutiles ; il croit l'introduction de la canule entre les paupières dangereuse pour l'œil. La blennorragie conjonctivale des adultes ne semble pas devoir être guérie par ce procédé, et l'ophtalmie des nouveau-nés peut être traitée aussi avantageusement par les simples lavages souvent répétés.

ROHMER.

ZIMMERMANN. Ueber Cauterisation bei Ulcus serpens (*24e Congrès d'opht. Heidelberg*, *1895*).

D'après l'auteur, contre l'ulcère serpigineux, le traitement antiseptique, le raclage, la galvano-cautérisation et l'incision du fond de l'ulcère d'après le procédé de Sæmisch, fournissent de bons résultats. Les injections sous-conjonctivales de sublimé, au contraire, n'ont jamais rien donné de satisfaisant. ROHMER.

O. SHIRMER. Ueber Faltungstrübengen der Hornhaut (Des opacités en plis de la cornée) (*Graefe's Arch.*, *XLII*, *3*).

Les opacités ou plis de la cornée, plus nombreuses qu'on ne pense, sont à peu près limitées par une ligne droite. Les faibles opacités sont formées par un système de lignes rapprochées et convergeant vers un point, situées à la surface de la membrane de Descemet. Si elles se trouvent dans une cornée transparente, elles se comportent comme les défauts du verre ou les opacités linéaires d'une cataracte au début, en réfractant différemment les rayons lumineux. On les perçoit mieux quand il y a de l'œdème de la cornée. L'observation prouve que les opacités disparaissent totalement après quelques semaines ou quelques mois. Cette forme a été observée à la suite d'extraction de cataracte, de kératite à hypopion, une fois après un abcès scrofuleux, d'autres fois au début d'une phtisie traumatique du bulbe ; on les trouve également lorsqu'on a traité le décollement de la rétine par l'application du bandeau compressif. ROHMER.

NUEL. L'anatomie pathologique des kératites microbiennes et purulentes (*Brit. méd. Assoc. Carlisle*, *juill. 1896*).

Sur une pièce provenant d'une kératite à hypopion, on voit du pus sur le corps ciliaire, dans le vitré au niveau de l'ora serrata, entre le cristallin et le vitré ; il est probable que le pus de l'hypopion, aussi bien que les collections purulentes qui se forment derrière l'iris, proviennent de la région du canal de Schlemm.

La kératite ponctuée superficielle est une maladie microbienne spécifique. Elle est produite par le développement, dans l'épithélium cornéen, de colonies pures, d'un coccus bien défini. Du fond de ces colonies sort un grand nombre de filaments qui décrivent des spirales; ils pénètrent dans le tissu propre de la cornée et forment, au niveau de la membrane de Bowmann, un feutrage épais visible à l'œil nu. Ce sont les petits points blancs de la kératite ponctuée superficielle. Les filaments en spirale sont probablement des cils qui ont subi un développement gigantesque, comme le fait a été décrit par Löffler et d'autres auteurs. ROHMER.

RANDOLPH. Kératite des écailleurs (*John Hopkins Hosp. Bull., nov. et déc. 1895*).

Les écailleurs d'huîtres sont sujets à une variété de kératite fort grave, qui amène très rapidement la nécrose de la cornée et la fonte de l'œil. Le meilleur traitement est l'application de compresses imbibées de sublimé à 1/4000 et l'instillation de quelques gouttes d'une solution d'atropine. La pathogénie de cette kératite est due au traumatisme, quand un fragment coupant des écailles d'huîtres vient frapper l'œil. Il y a dans ce traumatisme plus que le choc en lui-même, car des expériences comparatives sur des yeux de lapins montrent que les autres corps étrangers sont moins nuisibles que les fragments d'huitres. L'auteur ne croit pas à des microbes pathogènes spéciaux, mais à l'action particulièrement irritante du carbonate de chaux et de l'eau salée. H. R.

LINDE. Ueber Blutresorption aus dem Auge (La résorption du sang dans l'œil) (*Centralbl. f. prakt. Augenh., juill. 1896*).

L'auteur a provoqué, sur des lapins, des hémorragies dans la chambre antérieure, en déchirant l'iris avec des pinces; quelquefois l'hémorragie était difficile à produire, malgré l'étendue de la déchirure, d'autre fois, il se produisait des hémorragies dans le corps ciliaire, la choroïde et la rétine. Après quelques heures déjà, le sang est coagulé; puis, la masse diminue en se frangeant sur les bords, tandis qu'il tombe un résidu dans la partie déclive de l'angle irido-cornéen. Peu à peu le coagulum disparaît, mais laisse des traces sous forme de coloration de l'iris, ou d'infiltrations dans le corps ciliaire et le vitré, mais jamais dans le cristallin. Pendant longtemps, il persiste encore des débris à la face postérieure de la cornée, de l'iris, et sur la cristalloïde antérieure. Dans un œil enflammé, la résorption est beaucoup plus lente que sur l'œil normal. ROHMER.

VIGNES et BATUAUD. Irido-choroïdite d'origine utérine (*Bulletin méd., 17 juin 1896*).

C'est un cas d'irido-choroïdite plastique à poussées menstruelles d'abord de l'œil gauche, puis de l'œil droit, non arrêté par les traitements habituels. L'acuité visuelle est réduite à 0,02 à droite; elle a moins baissé à gauche.

La malade subit un curetage utérin pour une endométrite glanduleire

chronique à staphylocoques. L'acuité visuelle monte progressivement à 0,6, et depuis 6 mois l'amélioration se maintient. LEFLAIVE.

NATANSON. Ueber chorio-retinitis striata und spontane Heilung der Netzhaut-Ablösung (Décollement de la rétine) (*Klin. Monatsbl. f. Augenh., oct. 1896*).

L'auteur a vu, de chaque côté de la papille, des taches blanches linéaires, dirigées horizontalement, et bordées par du pigment ; plus bas, deux autres taches semblables, moins longues et non garnies de pigment suivent la même direction ; étant donné que ces sortes de taches existent souvent après la guérison spontanée du décollement de la rétine, l'auteur en infère que la chorio-rétinite striée n'est autre que la trace de cette lésion guérie. ROHMER.

GRANDCLÉMENT. Nouvelle contribution à l'uvéite irienne (*Lyon méd., 23 août 1896*).

Le nom d'uvéite irienne doit être réservé à l'inflammation de la dernière couche du voile irien, couche épithéliale postérieure, qui est une émanation de la rétine. Cette lésion se traduit par des symptômes différents de l'iritis ; très légère congestion de l'œil, léger trouble visuel, pas de changement de couleur de l'iris, pas de douleurs préorbitaires. Elle n'est pas, en général, sous la dépendance de causes diathésiques et ne peut être jugulée que par un seul traitement, l'iridectomie. A. C.

DE WECKER. Le faux glaucome (*Ann. d'oculist., oc 1896*).

Le faux glaucome simule dans nombre de cas (la moitié), le véritable glaucome, si on ne s'aide par d'autres moyens de diagnostic que l'ophtalmoscope.

Il est indispensable qu'on porte toute son attention sur l'étude de ce faux glaucome produit par ramollissement, affaissement ou rétraction du tissu papillaire, pour que l'on puisse avec certitude le classer et le séparer du véritable glaucome à forme chronique et non irritatif.

Cette distinction est d'autant plus urgente, que le faux glaucome ne doit pas être traité chirurgicalement, mais bien par des moyens médicaux.

Dans un cas douteux la sclérotomie seule doit être mise en action, car elle révélera son pouvoir curatif ou sera dépourvue de toute influence fâcheuse directe en cas d'erreur de diagnostic.

Le véritable glaucome chronique simple est et doit toujours être guéri chirurgicalement; les myotiques ne sont à substituer à l'opération que dans le cas où le malade repousse tout traitement chirurgical, car leur action durable ne peut être obtenue que chez des personnes intelligentes décidées à suivre à la lettre un traitement continu. ROHMER.

SCHOEN. Le glaucome : ses formes différentes et son traitement (*Ann. d'oculist. sept. 1896*).

L'auteur distingue trois formes de glaucome, simple, atonique et aigu. Il montre, dans un tableau des symptômes de ces trois variétés, que l'augmentation de tension est réduite au rôle modeste d'un signe prenant

place entre plusieurs de valeur égale. Le point étiologique commun est le surmenage de l'accommodation produit pendant une longue suite d'années, et causé d'un côté, par l'hypermétropie, la presbyopie ou l'astigmatisme non corrigés, d'un autre côté par l'insuffisance de la convergence. L'auteur n'est pas partisan de l'iridectomie contre le glaucome; pour lui, il n'y a pas moyen de guérir le glaucome, s'il est confirmé, par contre, il faut savoir se servir des moyens préventifs absolument sûrs. On ne doit pas négliger ces moyens sûrs en se confiant aveuglément en une opération mal ou plutôt pas du tout assurée. ROHMER.

ANTONELLI. L'iridectomie périphérique dans certains cas de glaucome secondaire (*Revue générale d'opht., sept. 1896*).

Un sclérotome légèrement courbé, à double tranchant, est introduit dans la région scléro-cornéenne presque perpendiculairement à la surface du bulbe, avec une légère obliquité, comme si la lame avait dû longer la surface interne de la coque oculaire. On pousse la pointe jusqu'au tissu irien; à peine au delà, et, tout en gardant toujours la même direction et la même profondeur à la lame, on suit avec la pointe la périphérie de l'iris, de haut en bas, sur une étendue de 5 à 6 millimètres.

L'auteur a surtout employé avec succès son procédé dans 2 cas de glaucome secondaire après la staphylectomie. ROHMER.

PARINAUD. La névrite optique rétro-bulbaire et les voies d'infection du système nerveux (*Journal méd. et chir. prat., 10 juill. 1896*).

Parinaud étudie des cas de névrite rétro-bulbaire, se manifestant comme complications de maladie infectieuse, et étant rarement de nature microbienne; il distingue deux formes : l'une aiguë débutant par des douleurs profondes de l'orbite, suivies bientôt de troubles de la vision, scotome central ou altération périphérique du champ visuel; la cécité peut être complète en quelques jours; à l'examen ophtalmoscopique les lésions sont minimes; un peu de trouble de la papille puis, dans les cas très aigus, des hémorragies rétiniennes; traitée ou non, la névrite infectieuse peut guérir en quelques jours dans les cas légers; dans les cas graves la cécité dure longtemps et peut s'accompagner d'atrophie de la papille; dans la forme chronique, les douleurs manquent, le scotome est souvent central, le plus souvent monoculaire, et c'est l'atrophie de la papille que l'on constate souvent au premier examen.

Parinaud a observé cette névrite dans des cas d'érysipèle de la face, d'abcès de la gorge, de grippe ou de fièvre.

Il admet que la lésion siège dans les gaines du nerf optique et non dans le nerf, à cause : 1° de l'altération rapide de la vision ; 2° de l'amélioration et de la guérison complète possible après une cécité totale; 3° des douleurs provoquées dans les mouvements oculaires. Selon lui, l'infection peut se faire par l'orbite ou par les fosses nasales. H. L.

I. — M. BERNHARDT. Ueber das Vorkommen von Neuritis optica bei Tabes (*Berlin. klin. Woch., p. 603, 15 juill. 1895*).

II. — H. OPPENHEIM. Bemerkung..... (*Ibid.*, *n° 30, p. 667, 29 juill. 1895*).

I. — Femme de 43 ans, ayant eu la syphilis à l'âge de 24 ans et n'ayant pas suivi de traitement médical. Bernhardt la vit une première fois en 1890. Depuis 6 ans, elle avait des élancements dans les membres et depuis quelques mois, elle éprouvait de la lassitude, de l'affaiblissement, de vives douleurs de tête dans la région frontale droite et l'occiput, des étourdissements et des vomissements. Pupilles médiocrement dilatées et réagissant paresseusement à la lumière, aucun rétrécissement du champ visuel, névrite optique double; malgré l'existence du symptôme de Romberg, la démarche n'était pas ataxique mais la fatigue était rapide et, par instants, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Absence des réflexes rotuliens, même en employant le procédé de Jendrassik. Au niveau des pieds, pas d'autre trouble de la sensibilité qu'une diminution et un certain retard des sensations douloureuses.

Sous l'influence d'une cure iodurée, les névrites optiques, l'analgésie des pieds, la céphalalgie disparurent entièrement; il ne resta que les signes de Romberg et de Westphal ainsi que la réaction paresseuse des pupilles à la lumière.

Bernhardt ne revit cette malade que cinq ans plus tard: douleurs fulgurantes le long de la face postérieure des membres inférieurs et parfois aussi dans les membres supérieurs. Persistance des signes de Romberg et de Westphal; tantôt la malade est obligée pour uriner de contracter tous ses muscles abdominaux, tantôt il y a mictions involontaires. Diminution considérable de la sensibilité à la douleur et à la température dans les membres inférieurs, ainsi que de la notion de la position imprimée aux pieds et aux orteils. La diplopie qui existait l'an dernier a disparu. Pupilles égales, modérément dilatées, réagissant bien pour l'accommodation, mais très mal pour les impressions lumineuses. Vision parfaite; rien à l'examen ophtalmoscopique.

Bernhardt conclut de ce fait que: les tabétiques syphilitiques peuvent offrir, à une période de leur affection, une véritable névrite optique susceptible de guérir.

Il n'a trouvé dans la littérature qu'un fait de Rendu (*Gaz. des hôpit.*, 1891) à rapprocher du sien: femme de 40 ans, présentant tous les symptômes d'une tumeur cérébrale: violentes douleurs de tête et étourdissements, nausées, marche vacillante, cécité presque entière; paralysie totale du nerf moteur oculaire commun droit avec intégrité de son congénère; à droite, fond de l'œil normal; à gauche, névrite optique récente avec choroïdo-rétinite disséminée; opacités des deux corps vitrés. Difficulté à mouvoir la langue; paresthésie sur le territoire du trijumeau et agneusie; 4 ans auparavant, la malade avait eu une hémiplégie qui avait disparu à la suite d'administration d'iodure de potassium. Phénomène d'Argyll et de Robertson, douleurs lancinantes, sentiment de constriction thoracique, suppression des réflexes rotuliens; anesthésie, paresthésie et ataxie dans les quatre membres.

II. — Oppenheim remarque qu'il a signalé, dès 1889, la combinaison de lésions syphilitiques et de symptômes tabétiques purs, en particulier la coexistence des phénomènes spinaux de l'ataxie et d'une affection du nerf optique, autre que l'atrophie classique, d'une véritable névrite gommeuse. J. B.

I. — Jul. PFISTER. Die sympathische Ophthalmie oder Ophthalmia migratoria und ihre Prophylaxe (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 17, 1er sept. 1895*).

II. — E. PFLUEGER. Enucleation und Exenteration (*Ibidem, n° 1, p. 3, 1er janv. 1896*).

III. — Friedreich STOCKER. Beitrag zur Casuistik der Enucleation Bulbi panophthalmitischer Augen (*Ibid.*, *p. 11*).

I. — Après une rapide revue des travaux sur la pathogénie de l'ophtalmie sympathique, Pfister conclut que le microorganisme, agent de cette affection, nous est encore inconnu et que ses voies de transmission ne sont pas non plus découvertes. Quant au traitement préventif, la seule opération rationnelle est l'énucléation du globe oculaire. C'est aussi à l'énucléation qu'il donne la préférence dans la panophtalmie ; il en relate 5 cas, guéris sans accidents.

II. — Pflüger proteste contre la prééminence que Pfister veut donner à l'énucléation dans le traitement de l'ophtalmie sympathique. Il a recours à l'éviscération dont il a déjà communiqué 154 cas dans la thèse de Mlle Elisabeth Wolkomitsch (*Berne*, 1893.) Après avoir pratiqué jusqu'en 1888, sans accidents, un grand nombre d'énucléations, il y a renoncé. D'autre part, contre l'ophtalmie sympathique, l'éviscération présente autant de garanties que l'énucléation. Toutefois Pflüger pratique encore l'énucléation de préférence à l'éviscération dans deux circonstances : 1° quand le traumatisme étant très ancien, le globe oculaire douloureux est atrophié ; en raison des adhérences inflammatoires, le curetage de l'œil serait trop difficile et de plus le bénéfice en serait insignifiant, vu le petit volume du moignon ; 2° quand l'autre œil est déjà atteint par l'affection sympathique.

III. — Stocker, en 8 ans, a pratiqué 39 énucléations du globe oculaire pour uvéite infectieuse purulente aiguë, sans aucun accident ; 23 fois il s'agissait de blessures par corps étrangers, 6 fois de blessures par instruments piquants ou tranchants, 1 fois de brûlure et 9 fois de perforations ulcéreuses. Les opérations ont été faites sur 25 hommes et 14 femmes. Le manuel opératoire était celui de Bonnet et d'Arlt ; l'antiseptique, du sublimé au millième ; la conjonctive, au lieu d'être suturée, était drainée et tamponnée avec de la gaze iodoformée. J. B.

DA GAMA PINTO. Contribution à l'étude de la cataracte secondaire (*Klin. Monats. f. Augenh.*, *sept. 1896*).

L'auteur se déclare partisan résolu de la discision après la cataracte, et la pratique dans 61 0/0 des cas, avec un couteau de Graefe, et après atropinisation de l'œil ; il a eu rarement des accidents à la suite de son intervention ; le plus désagréable est la hernie du vitré à travers la petite plaie cornéenne, laquelle empêche la guérison de la plaie, et provoque des inflammations (4,6 0/0 des cas) ; deux fois même, il y eut panophtalmie ; les germes, dans ce cas, doivent venir du cul-de-sac conjonctival, ou des voies lacrymales. C'est pour éviter ces accidents que l'auteur propose la discision postérieure, par opposition avec l'antérieure qui se pratique habituellement à travers la cornée, et de la façon suivante : la pointe du couteau est introduite dans l'œil à 6 ou 8 millimètres du bord de la cornée à travers la sclérotique et dirigée vers la pupille ; la discision faite, on retire le couteau dans la même position qu'au moment de son introduction. La discision doit être faite environ 4 semaines après l'extraction, à condition qu'il n'y ait plus d'irritation de l'œil. Le résul-

tat le plus fréquent a été une augmentation de l'acuité visuelle (107 fois sur 193 cas) ; 20 fois, il y eut une diminution, 2 fois une suppuration.

ROHMER.

KRIWITZKI. Sur l'astigmatisme cicatriciel de la cornée après l'opération de la pupille artificielle et l'extraction linéaire de la cataracte (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1896*).

L'astigmatisme cicatriciel, constitué deux mois après l'opération de section de la cornée est dû davantage à l'augmentation de la courbure du méridien parallèle à la section qu'à l'augmentation de la courbure du méridien perpendiculaire à la section linéaire. La seule exception à cette règle s'observe après l'opération du glaucome, ce qui s'explique par l'augmentation de la pression intra-oculaire. Le degré de l'astigmatisme post-opératoire est, en moyenne, dans l'iridectomie pour glaucome — 0,8D, dans l'iridectomie pour améliorer la vision —0,58D, et après l'extraction linéaire — 0,83 D. Ces chiffres sont inférieurs à ceux obtenus par Dolganoff, ce qui s'explique par l'étendue moindre de la blessure cornéenne.

H. FRENKEL.

MODESTOFF. Sur les lésions de la rétine dans le nicotisme chronique (*Thèse de St-Pétersbourg, 1896*).

10 expériences sur des lapins qui recevaient sous la peau de 1/80 à 1/2 grain d'une solution aqueuse de nicotine ; survie de trois à six mois. Les phénomènes les plus constants observés pendant la vie sont l'abduction des globes oculaires en haut et en dehors et du myosis. Pendant le premier mois, l'ophtalmoscope ne révélait que l'hyperémie de la rétine, mais plus tard l'anémie de la papille et le rétrécissement des artères de la rétine devinrent constants. L'examen histologique des yeux a montré le maximum des altérations dans les cellules ganglionnaires de la rétine, soit sous forme de vacuoles, soit sous forme de l'état granuleux du protoplasma. Dans la couche des granulations et des noyaux, il y a une dissociation des éléments. La couche des cônes et des bâtonnets est détachée par places de la membrane limitante externe. Les parois des artères rétiniennes sont épaissies, leur lumière est rétrécie. La couche d'épithélium pigmentaire est détachée de la rétine et accolée à la choroïde; ce dernier phénomène ne fut pas observé sur des yeux de lapins sains soumis à l'examen de contrôle.

H. FRENKEL.

MANZ. Ueber einige tuberculöse Entzündungen des Auges..... (Ophtalmies tuberculeuses) (*Münch. med. Woch., n° 45, p. 1049, 1895*).

L'auteur rapporte un cas d'iritis tuberculeuse chez une femme de 30 ans. Adénites dans l'enfance. Erysipèle, puis hémoptisies depuis 2 ans. Les yeux sont injectés plutôt au niveau du tissu épiscléral que dans la conjonctive photophobie légère. A droite, sur la sclérotique, près de la cornée, petit nodule grisâtre dans une tache grise, troubles avoisinants de la cornée; chambre antérieure profonde, synéchies iriennes sur lesquelles existent plusieurs granulations grisâtres. L'œil gauche présente des altérations analogues. Traitement : atropine, cataplasmes chauds, diaphorétiques. 4 mois après, la

cornée finit par s'éclaircir, la pupille est nette, les nodules ont disparu. Très atrophié, le fond de l'œil est normal. 2 mois après, la vision était très améliorée. 6 mois plus tard, récidive des accidents oculaires. L'extirpation d'un des ganglions du cou prouva la nature tuberculeuse de ses altérations; il y eut cependant une nouvelle amélioration des lésions de l'œil. C. LUZET.

HIRSCHBERG et BIRNBACHER. Schwamm-Krebs des Iris-Hinterschicht (Carcinome spongieux de la face postérieure de l'iris) (*Centralbl. f. prakt. Augenh., oct. 1896*).

Chez un homme de 26 ans, on trouve derrière l'iris une tumeur inégale, avec proéminences, on fait l'énucléation. Sur une coupe du globe, on voit le cristallin luxé en bas et en arrière; une masse spongieuse a repoussé l'iris jusque derrière la cornée, tandis qu'elle vient proéminer dans la chambre antérieure à travers la pupille. Au microscope, la néoformation est composée surtout de cellules épithéliales, disposées en boyaux et cordons, sans interposition de tissu conjonctif; ces cellules proviennent, sans aucun doute, du feuillet pigmenté de l'iris. Le point de départ de la tumeur est donc la partie rétinienne de l'iris. Sa structure est celle d'un carcinome. ROHMER.

H. ARMAIGNAC. Paralysie à répétition du muscle droit externe gauche, survenant 25 ans après une paralysie du muscle droit supérieur du même côté (*Journal méd. Bordeaux, 21 juin 1896*).

Jeune fille de 17 ans, sans antécédents pathologiques autres qu'une fièvre typhoïde, à la suite laquelle elle avait été atteinte de paralysie du muscle droit supérieur qui persistait depuis 12 ans. Cette paralysie était constatée en 1882. En 1894, la malade est prise de douleurs orbitaires et péri-orbitaires, de diplopie avec diminution considérable de l'abduction. Cette paralysie du muscle droit externe est traitée par l'iodure, le sublimé et l'électrisation; guérison au bout de 2 mois. Six semaines plus tard, retour des mêmes accidents jugulés par le même traitement. Pendant 8 mois la malade reste guérie, tout en souffrant de temps en temps de céphalalgie; puis la paralysie reparaît accompagnée d'une paralysie du petit oblique gauche. On constate une sinusite frontale que l'on traite par des injections, dont l'une d'elles est suivie d'une paralysie partielle du muscle droit externe avec diplopie de durée passagère. Sous l'influence de la même médication les troubles du côté gauche disparaissent de nouveau assez rapidement. OZENNE.

MALADIES
DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

A. DUBOIS. Les angines scarlatineuses : leur traitement par le sérum de Marmorek (*Thèse de Lille, 1896*).

Les angines de la scarlatine sont de différente nature : au début, angine érythémateuse simple, parfois pseudo-membraneuse ; à la période

de déclin, on peut voir l'angine diphtérique vraie. L'examen bactériologique montre que, diphtérie à part, ces angines sont d'origine streptococcique.

D. conseille contre ces angines, et pour prévenir les complications, l'emploi du sérum de Marmorek, en veillant avec grand soin à l'asepsie de ces injections sous peine de voir éclater des accidents que l'on mettrait à tort sur le compte du sérum. Comme traitement adjuvant, D. conseille : irrigations phéniquées, ablation prudente des pseudo-membranes, badigeonnages au stérésol, gargarismes à la liqueur de Labarraque, 50 0/00. A. CARTAZ.

A. MONNIER. A propos d'un cas d'angine pseudo-membraneuse due au muguet (*Gaz. méd. Nantes, 12 oct. 1896*).

M. publie un cas similaire à l'observation de Teissier (*R. S. M.*, XLVI, 687) ; homme de 35 ans, entré à l'hôpital pour des brûlures du corps et des membres par un jet de vapeur ; les brûlures sont traitées par l'acide picrique. Au vingtième jour, sans cause connue, apparition d'une angine pseudo-membraneuse étendue à toute la gorge, à la langue, avec fièvre, adénite sous-maxillaire.

L'examen des fausses membranes fait constater, avec quelques cocci isolés, un champignon dont la culture révéla la nature, l'oïdium albicans. Guérison en quelques jours, interrompue par une congestion pulmonaire.

A. CARTAZ.

GUIMBRETIÈRE. Essai sur l'angine pseudo-membraneuse due au muguet (*Thèse de Toulouse, 1896*).

G. étudie cette variété d'angine d'après les deux seuls cas connus de Teissier et de Monnier ; il passe en revue les symptômes dont aucun ne permet de révéler la nature que l'examen bactériologique et les cultures peuvent seuls déceler. A. CARTAZ.

I. — Ricardo BOTEY. Dos casos de hipertrofia amigdalar tuberculosa larvada (*Arch. latinos di otol., nov. 1895*).

II. — J. WRIGHT. Tuberculous infection of the lymphoid tissue in the pharynx (*New-York med. Journ., p. 412, 26 sept. 1896*).

I. — Il existe certaines formes d'hypertrophie des amygdales, d'un caractère de tuberculose primitive, impossible, par une simple inspection, à distinguer de l'hypertrophie commune de ces organes. Cette condition qui constitue une espèce de tuberculose larvée dans quelques cas, latente dans d'autres, est une menace sérieuse pour l'organisme et pour l'avenir un danger plus ou moins certain, selon les circonstances.

Cette tuberculose larvée tonsillaire existe, surtout dans l'adolescence, sans aucune lésion pulmonaire ou intestinale et le diagnostic n'est possible qu'à l'aide du microscope ou des inoculations. Il est probable que

la majorité des cas d'hypertrophie amygdalienne ne sont pas tuberculeux, bien que, dans nos expériences, la proportion s'élève à 10 0/0.

Il est très probable que, dans la plupart des cas, les germes tuberculeux ne pénètrent pas plus loin que les ganglions cervicaux, et ne viennent pas infecter le parenchyme pulmonaire.

II. — Wright accepte presque intégralement toutes les conclusions de Botey.

MAUBRAC.

A.-W. STIRLING. On bony growths invading the tonsil (Tumeurs osseuses de l'amygdale) (*Journ. of Amer. med. Ass.*, *3 oct. 1896*).

S. rapporte 3 cas de tumeurs dures, de consistance osseuse, immobiles, en arrière dans l'amygdale; la forme arrondie, la dureté, l'absence de mobilité ne permet pas d'autre diagnostic. Elles sont enclavées dans la région, repoussant plus ou moins le tissu amygdalien qui les recouvre; ces tumeurs fort rares ont été observées chez une jeune fille ayant eu des irritations fréquentes de la gorge; la tumeur siégeait d'un seul côté; chez une femme de 64 ans et chez le frère de cette femme, âgé de 65. Chez ce dernier, la tumeur existait des deux côtés et ne déterminait aucun trouble.

S. discute l'origine et le point de départ de ces tumeurs; il conclut qu'il s'agit de prolongements exostosiques de l'apophyse styloïde.

A. CARTAZ.

H. DEICHERT. Ueber Knorpel-und Knochenbildung..... (Sur la formation de cartilage et d'os dans les amygdales) (*Archiv f. path. Anat.*, *CXLI*, *3*).

Dans les amygdales d'un homme de 77 ans, Deichert trouva, outre l'atrophie sénile que j'ai signalée dès 1888, une coque conjonctive parsemée d'ilots cartilagineux et osseux. D'autre part, les amygdales d'un enfant de 2 ans présentèrent des formations squelettiques analogues, avec cette différence que le cartilage est plus abondant que l'os. Dans les deux cas, ces productions sont symétriques dans les amygdales des deux côtés et ne sont pas accompagnées de modifications particulières en ce qui concerne la structure du tissu folliculaire.

Aussi Deichert pense-t-il que le développement du tissu cartilagineux et osseux dans les amygdales serait dû à un organe embryonnaire ou bien déterminé par le voisinage des fentes ou des arcs branchiaux.

ÉD. RETTERER.

A. LOGUCKI. Ein Beitrag zur Ätiologie des peritönsillaren abscesses (*Archiv für Laryngol.*, *IV*, *p. 244*).

L. publie 11 obs. d'abcès périamygdaliens dont il distingue deux formes: *a*) abcès localisé entre l'amygdale et le pilier antérieur, qu'il repousse en avant, avec œdème très prononcé de la luette; *b*) abcès entre l'amygdale et le pilier postérieur. L'examen bactériologique du pus dans ces 11 ob-

servations montra, au début, des streptocoques à une période plus avancée, du steptocoque et du staphylocoque. Ce sont les microbes retenus dans les cryptes à la suite d'une amygdalite qui déterminent des adhérences et des inflammations secondaires. A. CARTAZ.

B. PIERGILI. Un caso di grave emorragia consecutiva a tonsillotomia (*Arch. ital. di otol.*, *IV*, *p. 283*).

Jeune homme de 20 ans, sujet à de fréquentes et sérieuses amygdalites. Ablation des amygdales avec l'amygdalotome le 21 février. 7 heures après, hémorragie grave artérielle à droite arrêtée par la compression de la carotide, la glace, les injections d'ergotine, etc. 9 heures plus tard, nouvelle hémorragie, une troisième le lendemain, une quatrième le 21 février, une cinquième le 5 mars. L'état d'affaiblissement est considérable. Ligature de la carotide primitive droite pour parer à toute anomalie vasculaire. Convulsions et parésie à droite pendant 48 heures. Guérison complète. A. CARTAZ.

Erich FRONHŐFER. Die Entstehung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte..... (La production des fissures des lèvres, de la mâchoire et du palais à la suite d'adhérences amniotiques) (*Archiv für klin. Chir.*, *LII, p. 883-901, 1896*).

Après avoir résumé la description morphologique de la région de la mâchoire supérieure et la discussion de plusieurs auteurs sur le nombre des os primitifs constituant cet arc osseux, l'auteur analyse un grand nombre de théories, qui ont été faites sur l'étiologie de ces fissures. Plusieurs observations parlent pour l'hérédité et principalement du côté de la mère, mais l'auteur insiste surtout sur la théorie de van Beneden, sur le développement d'un proamnios et d'un amnios, et sur les préparations de cet auteur. Les fissures seraient, d'après cet auteur et ses pièces, produites par une traction des ligaments amniotiques ou encore par la traction combinée avec la compression des ligaments et le bec-de-lièvre serait, pour cette raison, fréquemment accompagné de déformation des extrémités. L'origine de ces formations anormales se trouverait, par conséquent, dans l'utérus de la mère. MARCEL BAUDOUIN.

John FARLOW. A case of myxœdema of the throat (gorge) (*New-York med. Journ.*, *p. 421*, *26 sept. 1896*).

Une femme de 46 ans, souffrait depuis 8 ans de maux de gorge : depuis 4 ou 5 ans la parole était devenue difficile, mais sans gêne de la déglutition ; la bouche restait ouverte, en raison de la difficulté à respirer par le nez; la face paraissait enflée, et les yeux un peu saillants. Dans les deux dernières années, la malade s'était affaiblie, et avait maigri de 15 livres environ; en même temps, on notait de la dyspnée, une respiration rapide. Pas de troubles digestifs, rien d'anormal dans l'urine. La langue était épaissie avec tendance à faire saillie au dehors. Le voile du palais, la luette, les pilliers postérieurs étaient très épaissis, un peu pâles, sans ulcération. La paroi postérieure du pharynx présentait les mêmes altérations; le larynx était normal; on ne pouvait percevoir la glande thyroïde; pouls 108. L'épaississement de la luette, du voile du palais, du pharynx obstruait le passage de l'air par les fosses nasales; l'épaississement de la langue, la rigidité du voile du palais, expliquaient la difficulté de la parole. Cet épaississement était causé par du tissu

muqueux (ainsi que le montra l'examen d'un fragment enlevé). L'extrait thyroïdien n'a donné qu'un résultat insignifiant. MAUBRAC.

Arthur GILLETTE. Torticollis due to adenoid vegetations (*New-York med. Journ., p. 158, 1er août 1896*).

L'auteur rapporte 3 observations de torticolis, qui ont très rapidement disparu après l'ablation de végétations adénoïdes, ou d'amygdales hypertrophiées ; il croit pouvoir incriminer ces productions pathologiques comme cause très fréquente du torticolis, dit congénital ou idiopathique.

MAUBRAC.

G. GERONZI. Il Guajacolo come anesestico (*Arch. ital. di otol., IV, p. 323*).

G. a essayé le gaïacol comme anesthésique (de préférence en solution hydroalcoolique 1 sur 15 alcool et 15 eau) pour des opérations sur le nez, l'oreille. Il a obtenu une anesthésie suffisante et complète, mais il trouve la cocaïne préférable en raison de sa solubilité dans l'eau, de l'odeur et de la sensation douloureuse à l'application du gaïacol.

A. CARTAZ.

EEMAN et BAYER. De la rhinite pseudo-membraneuse et de la diphtérie nasale (*Soc. belge d'otol., 7 juin 1896*).

Dans son rapport Eeman conclue que la diphtérie primaire des fosses nasales est relativement fréquente, au moins chez les enfants. Dans l'immense majorité des cas elle constitue une affection purement locale, à symptomatologie locale, sans retentissement sur l'état général, bien que les microbes aient une virulence intense.

Pour B., la rhinite pseudo-membraneuse, aiguë, généralement d'origine traumatique, galvanocaustie, est souvent une rhinite diphtérique. Il diffère de son collègue sur la fréquence de la rhinite primitive diphtérique, qui est, la plupart du temps, consécutive à une diphtérie pharyngée.

A. CARTAZ.

P. ARDIN-DELTEIL. Ulcère perforant de la cloison nasale (*Nouv. Montpellier méd., 17 oct. 1896*).

A propos d'un cas d'ulcère perforant qu'il a observé chez un jeune homme de 26 ans, A. retrace l'histoire de cette affection. Chez son malade, il n'existait aucune cause diathésique, syphilis ou tuberculose, capable d'avoir provoqué l'ulcération qui semble bien occasionnée par le grattage du nez avec le doigt, des excoriations successives ayant amené la nécrose du cartilage et l'ulcération. A. admet complètement la théorie d'Hajek sur la formation de ces ulcères. A. CARTAZ.

Norval H. PIERCE. Submucous linear cauterization, a new method for reduction of hypertrophies of the nose (*Medicine, nov. 1896*).

P. conseille, pour réduire l'hypertrophie de la muqueuse des cornets, de procéder ainsi : après anesthésie avec solution chaude de cocaïne et

d'antipyrine, il ponctionne la masse hypertrophiée avec un fin bistouri lancéolaire et introduit une petite sonde garnie d'un peu d'acide chromique fondu. Lavages avec une solution alcaline. La réaction est peu vive et la réduction serait plus complète. A. CARTAZ.

Peter ABERCROMBI. Turbinotomy in nasal stenosis, analysis of 66 cases (*Journ. of laryngol., oct. 1896*).

A. donne une analyse de 66 ablations des cornets dans des cas de sténose nasale, la plupart dus à de la rhinite hypertrophique, 11 à des éperons ou déviations de la cloison (41 hommes, 25 femmes d'âge variant de 6 à 71 ans). Dans plusieurs cas, l'ablation des cornets a été précédée ou suivie de l'ablation d'amygdales, de végétations adénoïdes. Anesthésie dans 5 cas avec le protoxyde d'azote, dans 31 avec le badigeonnage de cocaïne, dans 30 cas pas d'anesthésie. Une fois il y eut une hémorragie secondaire au quatorzième jour. A. CARTAZ.

Eug. FRAENKEL. Beiträge zur Pathologie..... (Sur la pathologie et l'étiologie des maladies des cavités nasales) (*Arch. f. pathol. Anat., CXLIII, 3*).

Fraenkel a étudié au point de vue anatomique et bactériologique les cavités nasales de 146 sujets dans les maladies les plus diverses (méningite, pneumonie, phtisie, cancer, emphysème, maladies du cœur, péritonite, fractures, néphrites, etc.). La cavité d'Highmore présente les altérations les plus variées, sous l'influence d'une même espèce de microbes. Un seul et même microbe produit tantôt un épanchement séreux, tantôt du pus.

Les inflammations de l'antre d'Highmore, sont le plus souvent le résultat d'une maladie générale ; bien rarement l'inflammation primitive de cette cavité donne lieu à une maladie générale. ÉD. RETTERER.

CAPART et DELSAUX. Sur la pathogénie et le traitement de l'ozène (*Soc. belge d'otol., 7 juin 1896*).

Après avoir discuté les hypothèses émises sur l'étiologie, C. n'admet pas l'origine bactériologique. Pour lui, l'ozène est constitué par une inflammation atrophique, une sclérose, de la muqueuse ; l'odeur tient à l'accumulation et à la putréfaction des gouttelettes graisseuses. Il considère comme le plus efficace le traitement par l'électrolyse bipolaire.

D. partage l'opinion de C. sur la nature de l'ozène, mais il considère cette affection comme incurable. On ne peut faire qu'un traitement désinfectant de nettoyage. A. CARTAZ.

BUYS. Sérothérapie dans l'ozène (*La Policlin. Bruxelles, 12 oct. 1896*).

B. a traité deux femmes atteintes d'ozène par les injections de sérum de Behring ; le traitement n'a pu malheureusement être continué. Une malade a reçu 5, l'autre 6 injections. B. a constaté du fait de ces injections une réaction vive se traduisant par des épistaxis ; il pense que le sérum a dans l'ozène une action semblable à celle qu'il a sur les angines

pseudo-membraneuses sans bacille de Lœffler. Il a essayé si le sérum artificiel (solution de NaCl) ou le sérum normal de cheval avaient quelque action ; elle est nulle. Le sérum diphtérique a donc une action spéciale. A. CARTAZ.

Y. ARSLAN et G. CATTERINA. Sulla seroterapia nell' ozena (*Arch. ital. di otol.*, *IV*, *p. 331*).

A. et C. ont essayé la méthode de Belfanti et della Vedova chez sept malades et s'ils ont constaté l'action indiscutable du sérum sur la muqueuse nasale (caractérisée par la congestion, les hémorragies), s'ils ont eu de l'amélioration par ramollissement des croûtes et diminution de l'odeur, ils n'ont jamais obtenu de guérison. Ils ont trouvé dans les sécrétions et la muqueuse le bacille d'Abel et celui de Belfanti.

A. CARTAZ.

G. CHIUCINI. Dentizione soprannumeraria del naso (*Arch. ital. di otol.*, *IV*, *p. 289*).

Jeune femme de 23 ans, chez laquelle C. enleva une dent surnuméraire formant corps étranger dans le nez avec deux petits fragments osseux. La malade a eu de la rhinite à l'âge de 10 ans avec lupus de la région cervicale (pas de syphilis), et on a eu à extraire du nez de nombreux fragments d'os. Elle a eu des dents surnuméraires du sillon gingival. Les fragments osseux extraits avec la dent furent reconnus, après examen, pour des racines dentaires.

C. donne la description des dents et de leurs anomalies et discute l'origine de ces vices de développement. A. CARTAZ.

R. BOIS. Étude sur les fistules du sinus frontal (*Archives gén. de méd.*, *juill.*, *et Thèse de Paris*, *1896*).

Les fistules du sinus frontal ne sont pas chose rare. On peut les diviser cliniquement en fistules traumatiques, inflammatoires et post-opératoires ; c'est la terminaison presque fatale des diverses lésions du sinus, lésions traumatiques, empyème, kystes du sinus.

La cause de la persistance de ces fistules se déduit facilement des données suivantes, à savoir que la cavité dans laquelle elles conduisent est tout à la fois un sinus à parois rigides et un diverticulum des fosses nasales.

Il est un certain nombre de signes qui permettent de reconnaître les fistules conduisant dans le sinus frontal, mais chacun pris isolément ne constitue qu'un signe de présomption. Le seul signe regardé comme pathognomonique, le passage de l'air par la fistule, n'a été signalé qu'une fois. Le diagnostic n'est pas toujours facile et on doit recourir à tous les moyens d'investigation pour éviter les erreurs. Il n'y a qu'un traitement rationnel qui puisse guérir les fistules, le défoncement de l'une ou des deux parois sinusiennes, y compris le rebord sourcilier, suivant l'étendue de la cavité, puis le drainage fronto-nasal ; on peut réunir les parties molles par première intention. H. L.

MOURE. Empyème du sinus maxillaire chez les enfants (*Revue hebd. de lar., 24 oct. 1895*).

Rares dans le jeune âge, les sinusites le seraient moins, d'après M., dans la seconde enfance, au-dessus de 7 ans. Rien de particulier dans ces suppurations si ce n'est le peu de valeur, en raison de l'absence d'opacité, de l'éclairage par transparence et les conditions un peu plus délicates de l'intervention en raison des dispositions particulières des dents permanentes à ces âges. Quelquefois l'évolution de la seconde dentition suffit à amener une modification de la suppuration.

A. CARTAZ.

H. Lewis WAGNER. Sero purulent maxillary sinusitis in chronic lead-poisoning (*New-York med. Journ., 15 août 1896*).

Homme de 32 ans, peintre de voitures. Névralgie grave sus-orbitaire à droite datant de trois ans; perte complète par carie et ablation des dents de la mâchoire supérieure. Sinusite maxillaire du côté droit; muqueuse, à l'ouverture par le voile, bleu grisâtre. Pas de lésion gingivale, mais tuméfaction des gencives. L'analyse du pus du sinus fit constater la présence du plomb, alors qu'on n'en trouvait pas dans l'urine. A. CARTAZ.

AVELLIS. Die acute Kieferhölenempyem..... (De l'empyème aigu des sinus maxillaires) (*Münch. med. Woch., p. 720, 4 août 1896, et Arch. f. Laryngol., IV*).

Cette maladie fréquente peut être légère ou intense ; dans les premiers cas les symptômes caractéristiques sont : sensation de pression et de tension douloureuses dans l'intérieur de la mâchoire supérieure ; écoulement irrégulier, purulent, quelquefois sanglant. Augmentation de la douleur par la pression, la toux, les efforts de défécation. La sécrétion ne cesse pas entièrement la nuit, souvent il existe une fluxion de la joue et des paupières, celle-ci peut être accompagnée de rougeur. La douleur sus-orbitaire est rare ; souvent la fétidité de l'haleine fait défaut. Dans les cas graves mêmes symptômes, plus : fièvre, apathie, photophobie, sécrétion profuse, vomissement, lenteur de la pensée ; ces cas peuvent être spontanés ou suivre l'influenza. Ces empyèmes aigus récidivent aisément, un simple éternuement peut suffire à les reproduire. Ils sont aussi souvent bilatéraux que simples. Le passage à l'état chronique est rare (1/10). Ils peuvent être l'origine de polypes. C. LUZET.

L. D'ASTROS. L'intubation du larynx dans le croup avant et après la sérothérapie (*Marseille méd., 15 oct. 1896*).

La diphtérie, dans les hôpitaux de Marseille, a toujours été très grave. Durant 3 années avant l'introduction de la sérothérapie, la mortalité des croups tubés a été en moyenne de 89 0/0. Depuis l'emploi du sérum de Roux, cette proportion a notablement baissé. En 18 mois, l'auteur a pratiqué 113 tubages pour croup, qui se divisent en : croups non diphtériques, 14 ; morts 5, soit 35,7 0/0 ; croups diphtériques purs ou associés, 99 ; morts 44, soit 44,4 0/0. Sur ces 44 décès, 15 se sont produits dans la pre-

mière journée de séjour à l'hôpital, avant la limite d'efficacité du sérum.

L'auteur étudie ensuite les indications et complications du tubage.

A. CARTAZ.

John BARK. Two cases of diphtheria in which curetting of the trachea was employed after tracheotomy (*The Lancet, p. 242, 25 juill. 1896*).

Un garçon de 6 ans se présente avec les signes d'une obstruction laryngée évidente ; la trachéotomie est pratiquée ; l'amélioration dure à peine 24 heures, et malgré des tentatives faites avec une plume imprégnée de bicarbonate de soude, pour retirer des fausses membranes de la trachée, l'asphyxie s'établit. Lawson Dick prolonge l'incision de la trachée aussi bas que possible, puis avec une curette fenêtrée de Volkmann, introduite dans la trachée, puis dans chacune des deux bronches, ramène des fausses membranes moulées, très résistantes ; amélioration immédiate ; 4 heures après, la gêne de la respiration conduit à répéter la même opération avec le même succès, et durant 2 jours, toutes les 4 ou 5 heures on dut procéder au curetage de la trachée et des deux bronches. Le 4e jour, grâce peut-être à l'antitoxine, les fausses membranes devinrent plus molles, plus faciles à expectorer et bientôt la guérison fut complète. On avait pratiqué en tout 12 curetages.

L'auteur cite un second fait heureux, dans lequel on dut recourir au curetage six fois en 30 heures.

MAUBRAC.

POULET (de Plancher-les-Mines). De la syncope occasionnée par l'intubation de la glotte (*Bull. gén. de thérap., 8 nov. 1896*).

P. considère le tubage comme très dangereux quand le sujet, déjà affaibli, est en proie à un tirage considérable. Il cite à ce sujet l'observation d'un enfant de 3 ans, atteint de diphtérie pharyngo-laryngée et qui présentait, quand il le vit, des accidents fort graves, cyanose, dyspnée, pouls extrêmement faible, malgré l'injection de 20 centimètres cubes de sérum. Il introduisit le tube, mais, malgré la grande rapidité de cette opération, l'enfant fut pris d'une défaillance en apparence mortelle. Rétablissement de la respiration par la suspension la tête en bas. Trachéotomie immédiate en un temps, suivie d'une syncope aussi grave. Peu après, une volumineuse fausse membrane trachéale fut rejetée et la respiration devint facile ; une seconde fausse membrane de 10 centimètres fut expulsée le lendemain. Guérison sans accidents.

A. CARTAZ.

CHARMEIL. Croup : intubation prolongée pendant six mois (*Bull. méd. du Nord, 23 oct. 1896*).

Suite de l'observation publiée par Henry (*R. S. M.*, XLVII, 324) d'une fillette tubée pour un croup et chez laquelle on n'avait pu enlever ce tube.

L'auteur voit l'enfant le 8 novembre et tente l'ablation du tube ; immédiatement légère crise asphyxique avec tirage. L'examen laryngoscopique très difficile montre les cordes vocales rapprochées de la ligne médiane. On replace le tube. Deux autres tentatives de détubage étant infructueuses, C. provoque le 2 décembre, par une potion au chloral et de très légères inhalations de chloroforme, une sorte d'anesthésie qui permette le détubage. Dès l'ablation du tube, la respiration est mauvaise ; crises de dyspnée, de spasme qu'on calme par les soporifiques ; la malade peut rester sans tube, mais respirant assez mal, 60 heures. On replace le tube et, 10 jours plus tard, on l'enlève à

nouveau, mais les accès de dyspnée sont tels qu'on ne peut prolonger la tentative. Le 19 décembre, nouvel essai sans narcotiques; la tentative se passe encore assez mal avec des alternatives de calme plus long; l'enfant reste sans tube 50 heures. Le 7 janvier, 3e tentative qui est enfin suivie de succès, malgré des crises fréquentes et l'explosion d'une petite manifestation bronchique. L'examen du larynx n'a pas été possible.

C. ne croit pas qu'il s'agisse dans ce cas de simples spasmes glottiques, en raison de la permanence du tirage et de la dyspnée pendant l'anesthésie. Il admet une paralysie des abducteurs du larynx, d'origine récurrentielle et due à la compression des récurrents par les ganglions trachéo-bronchiques scrofulo-tuberculeux qui ont subi une brusque augmentation de volume sous l'influence de la diphtérie. A cette paralysie se joignaient des accidents paroxystiques dus à l'action tonique et parfois spasmodique des adducteurs. A. CARTAZ.

G. FERRERI. L'intubazione nelle stenosi sifilitiche della laringe (*Arch. ital. di otol., IV, p. 282 et 425*).

Le tubage est spécialement indiqué dans les rétrécissements aigus du larynx des enfants ; il doit remplacer la trachéotomie au-dessous de 3 ans.

Chez les adultes, il est moins efficace en raison de la résistance du larynx à l'introduction d'instruments dilatateurs. Il peut cependant réussir dans les rétrécissements aigus et chroniques, si la sténose est limitée à la portion sus-glottique. Dans les sténoses chroniques sous-cordiques ou étendues aux anneaux de la trachée, les tubes de Schroetter sont préférables.

Dans les sténoses syphilitiques aiguës, F. préfère la trachéotomie au tubage, cette opération laisse l'organe au repos et permet d'instituer plus facilement un traitement spécifique énergique. Dans les sténoses chroniques, il vaut mieux recourir à la thyrotomie et exciser les tissus cicatriciels. 3 observations à l'appui de ces conclusions. A. CARTAZ.

G. FERRERI. Mixoma della laringe (*Arch. ital. di otol., IV, p. 482*).

Après avoir rappelé les observations peu nombreuses de cette variété de tumeur, F. en publie un cas rencontré chez un enfant de 13 ans, tumeur du volume d'un haricot siégeant au niveau de la commissure antérieure. Il s'agissait d'un myxome. A. CARTAZ.

LOHRSTORFER. Laryngeal papilloma in a child, repeated intubation; death (*Med. Record, 10 oct. 1896*).

Garçon de 3 ans, atteint de troubles respiratoires depuis l'âge de 10 mois. Les troubles dyspnéiques, provoqués par la sténose, devenant de plus en plus pénibles, le tubage de O'Dwyer fut pratiqué à maintes reprises avec succès. Voulant un jour examiner le larynx, L. enleva le tube, le malade étant chloroformé. Instantanément : cyanose, dilatation des pupilles; trachéotomie et mort au bout de quelques heures. A l'autopsie, on trouvait un papillome sessile encerclant le larynx, juste au niveau des cordes vocales. CART.

G. STOKER. On tracheotomy in thyrotomy for foreign bodies in the larynx (*Brit. lar. Ass.; Journ. of laryng., oct. 1896*).

Stoker, chargé d'un rapport sur cette question : Doit-on faire une trachéotomie préalable dans la thyrotomie pour corps étrangers du larynx, conclut par la négative. La position de Rose évite la pénétration du sang dans la trachée, les troubles respiratoires ; en cas de nécessité d'urgence ou secondaire, la trachéotomie peut toujours être pratiquée après. Stoker estime que la trachéotomie préliminaire expose davantage aux accidents ultérieurs de trachéo-bronchite et pneumonie ; qu'elle est, du reste, une opération grave par elle-même.

St. indique que ses conclusions ne visent que le cas de corps étrangers pour lesquels on est conduit à pratiquer la thyrotomie. A. CARTAZ.

Pierre BONNIER. L'oreille : I. Anatomie. II. Physiogénie et mécanisme. III. Les fonctions. (*3 vol. in-8°, Paris, 1896*).

Ces trois volumes résument une série de recherches sur l'anatomie et la physiologie comparées de l'appareil auriculaire. L'auteur y examine un certain nombre de fonctions encore à peine soupçonnées ; sa théorie de l'audition, en particulier, rompt totalement avec l'hypothèse qui a cherché à faire de l'appareil auriculaire un instrument de résonance. Il oppose à la théorie classique une conception du mécanisme de l'audition basée sur l'assimilation de l'appareil limacéen non plus à un résonnateur, mais à un appareil enregistreur, conception que l'anatomie, l'hydrodynamique, la physiologie comparée des organes sensoriels, la clinique et l'expérimentation s'accordent à confirmer.

Le premier volume traite de l'*anatomie*, le second du *fonctionnement* et se divise en deux parties : 1° la *physiogénie*, c'est-à-dire l'évolution et le développement des fonctions dans la série organique, à travers les organes marginaux des méduses, les organes centraux, les appareils otocystiques, les organes latéraux des vertébrés, d'où dérivent les appareils labyrinthiques ; toutes les fonctions de l'oreille de l'homme sont ainsi préparées par les appareils successivement dérivés des adaptations fonctionnelles de l'ectoderme primitif ; 2° le *mécanisme*, c'est-à-dire l'oreille humaine étudiée comme une machine dont chaque rouage est examiné isolément dans son fonctionnement rapporté au fonctionnement général de l'appareil. Ce volume contient un grand nombre de figures.

Le troisième volume a pour objet *les fonctions*, c'est-à-dire l'orientation subjective directe ou sens des attitudes céphaliques, les fonctions manoesthésiques, baresthésiques, sismesthésiques, seisesthésiques et auditives, avec l'orientation objective dans l'espace. Les centres de ces systèmes physiologiques sont étudiés dans leur rapport avec l'économie organique générale. A. C.

Ch. FERÉ. Les stigmates tératologiques de la dégénérescence chez les sourds-muets (*Journ. de l'anat. et de la physiol., n° 3, 1896*).

L'auteur a appelé l'attention, à plusieurs reprises, sur les troubles de la motilité générale des muscles qui servent à l'articulation chez les

sourds-muets, les liens de famille pathologique qui unissent ces sujets aux névropathes et aux vésaniques, et enfin la fréquence des anomalies chez les sourds-muets comme manifestations de dégénérescence. Ces derniers ordres de faits ont été confirmés par les observations de Lombroso, Cella et autres, mais niés aussi, notamment par Coyne. Aujourd'hui Féré apporte, sous forme de tableau, l'étude de près de 200 sujets à surdi-mutité congénitale. Ces observations mettent en évidence ce fait que la surdi-mutité congénitale, ou réputée telle, s'accompagne de stigmates tératologiques plus nombreux et d'un affaiblissement intellectuel plus notable que la surdi-mutité non congénitale; elles montrent, d'autre part, que dans la généralité des sourds-muets on observe d'autant plus de stigmates tératologiques que l'intelligence est plus faible. M. DUVAL.

RABINER. Du mutisme et du bégaiement hystériques (*Thèse de Paris, 1896*).

Etude de ces deux manifestations de la névrose hystérique, d'après les travaux antérieurs de Charcot, Pitres, Cartaz, Ballet, Natier, etc... Une seule observation inédite. A. CARTAZ.

WURDEMANN. Hysteric deafness (*Journ. Americ. med. Ass., 3 oct. 1896*).

La surdité hystérique est rare; de plus, on peut toujours soupçonner chez les individus qui s'en disent atteints, quelque simulation intéressée. C'est ainsi que dans le premier cas cité ici par W. et concernant une femme de 42 ans, accusant de nombreux troubles nerveux consécutifs à un accident de chemin de fer et plus spécialement de la cécité et de la surdité gauche, les manifestations morbides cédèrent comme par enchantement après encaissement d'une indemnité payée par la Compagnie.

Dans le deuxième fait, il s'agit d'un garçon de 11 ans, atteint de cécité et de surdité hystériques à la suite d'un traumatisme sur l'oreille droite. Les troubles cédèrent à la suggestion hypnotique. CART.

SHEPPEGRELL. Keloid tumors of the external ear (*New York med. Journ., 17 oct. et Revue hebd. de lar., 31 oct. 1896*).

S. publie deux cas de chéloïde du lobule des deux oreilles chez deux jeunes négresses. Le développement de la chéloïde a suivi la perforation du lobule pour la pose de boucles d'oreilles. Chez ces deux malades, l'ablation fut faite avec sutures très soigneuses (anesthésie à la cocaïne). Guérison sans récidives après six et quatorze mois.

S. énumère les particularités de ces tumeurs d'après les divers faits publiés, et rappelle leur plus grande fréquence dans la race nègre. Pour se mettre autant que possible à l'abri des récidives, il faut enlever largement la tumeur; quitte à faire une autoplastie et avoir une réunion par première intention. A. CARTAZ.

W. MILLIGAN. Two cases of sarcoma of the middle ear (*Arch. of otol., XXV, p. 262*).

1° Femme de 63 ans, venue à la clinique pour une tumeur de l'oreille. Hémorragies spontanées depuis deux ans à la suite de suppurations très

anciennes. Tumeur d'apparence charnue remplissant le conduit externe droit, carie des os au voisinage, paralysie faciale; audition nulle, sensation du goût nulle à droite. Douleurs dans toute la région. Ablation d'un fragment, suivie d'une hémorragie abondante. Au microscope, angio-sarcome.

2° Fille de 18 ans; suppuration ancienne de l'oreille gauche, suite de scarlatine à l'âge d'un an. L'oreille droite est complètement perdue par la même cause. Dans le conduit externe gauche, tumeur charnue, carie des os, tissus environnant l'oreille tuméfiés, œdémateux. Opération. La tumeur s'étend dans l'oreille moyenne, l'antre mastoïdien et en avant sous la parotide. On enlève tout ce qu'on peut. La malade guérit, mais une récidive est à craindre. Myxo sarcome vasculaire. A. CARTAZ.

Ch. GRIXONI. Sur la présence de bacilles « simili-diphtériques » dans les otites purulentes; traitement sérothérapique (*Riforma med.*, *1er et 2 juill. 1896*).

Dans le pus provenant d'une otite survenue chez un jeune garçon de 11 ans, Grixoni a isolé des bacilles ayant l'aspect morphologique du bacille de Löffler, et dont il a pu isoler deux espèces après culture sur le sérum d'abord, puis sur l'agar : l'une a tous les caractères du bacille de Löffler, sauf la virulence, mais ne peut être assimilée au bacille pseudo-diphtérique parce qu'elle acidifie le bouillon, alors que le premier le maintient toujours alcalin ; la seconde espèce est intermédiaire par ses propriétés sur les cultures, entre le bacille pseudo-diphtérique commun et le pseudo-diphtérique à massue, trouvé récemment par Veillon et Hallé dans la vulve de petites filles atteintes de vulvite.

Le traitement séro-thérapique fut institué chez le jeune malade; on lui injecta d'abord 3 centimètres cubes de sérum, le lendemain 5 centimètres cubes, puis, quatre jours après, 7 centimètres cubes. Le résultat fut que le conduit auditif se débarrassa de petites membranes qu'un filet d'eau suffit à détacher et que l'écoulement purulent se tarit progressivement. 25 jours après la dernière injection, il n'y avait plus ni douleur ni suppuration. G. LYON.

L. STERN. Contribution to the bacteriology of otitis media purulenta (*Arch. of otol.*, *XXV*, *p. 139*).

L'auteur n'a trouvé, en dehors du bacille tuberculeux, aucun microbe spécifique ; ce sont ceux qu'on trouve dans les diverses suppurations. Parmi les espèces connues, il a pu cultiver le staphylocoque blanc, le doré, le streptocoque, le bacille coli. Parmi les espèces non définies, bacilles non liquéfiant les cultures, fétides et non fétides ; bacilles liquéfiant les cultures également fétides et non fétides, des coccus et des vibrions. A. CARTAZ.

DAHLGREN. Drei mit Erfolg operirte Fälle von Thrombose im Sinus transversus nach Otitis media (*Archiv f. klin. Chir.*, *LII*, *p. 608-625*, *1896*).

Il y a une très grande similitude entre les 3 observations publiées par l'auteur. Trois jeunes gens, au cours d'une otite moyenne aiguë ou chronique, ont eu des complications cérébrales avec thrombose du sinus transverse, avec ou sans abcès cérébral. Trois fois l'auteur trépana la mastoïde, lia la jugulaire interne et nettoya le sinus thrombosé. Les trois opérés ont guéri, bien qu'au moment de l'intervention ils aient présenté des phénomènes de pyohémie. MARCEL BAUDOUIN.

BREITUNG. Casuistischer Beitrag zur..... (Pathogénie de la leptoméningite otique), (*Münch. med. Woch.*, *n° 34*, *p. 792*, *25 août 1896*).

Le diagnostic précoce de la leptoméningite otique a, dans la plupart des cas, une importance fondamentale, elle transforme le pronostic des encéphalites, de grave en presque absolument favorable. Comme diagnostic précoce, l'auteur entend celui qui est posé au moment des premiers symptômes irritatifs, à un temps où il n'excite ni torpeur, ni paralysies. Il faut donc, tant chez l'adulte que chez l'enfant, aux premiers symptômes cérébraux, examiner l'oreille et intervenir directement s'il y a lieu. C. LUZET.

LANNOIS et JABOULAY. L'hémianopsie dans les abcès cérébraux d'origine otique (*Gaz. méd. Paris*, *12 sept. 1896*).

Le sujet de l'observation commentée par L. et J. était un homme de 29 ans, atteint depuis son enfance d'une otorrée gauche négligée, chez lequel se développèrent soudain les signes d'un abcès cérébral qui, malgré le traitement chirurgical, provoquait la mort. A l'autopsie : collection purulente du volume d'une orange, au centre du lobe occipital. Les troubles fonctionnels consignés dans l'observation clinique, L. et J. attirent plus spécialement l'attention sur l'hémianopsie très nette. Ils estiment que ce signe n'est, en général, pas recherché avec assez de soin dans les cas d'abcès cérébraux, où il existe cependant souvent ; il a souvent besoin d'être mis en évidence par le médecin, les malades obnubilés ne pouvant spontanément fournir des renseignements précis sur son existence. Or, dans le diagnostic de l'abcès cérébral ou de son siège, il ne faut pas oublier un aussi précieux symptôme diagnostique, révélateur permettant d'affirmer une interruption des fibres blanches qui vont du corps genouillé externe à la face interne du lobe occipital, localisation précise. CART.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1896.

A

Abcès. — Lauenstein. Abcès sous-phrénique, traitement. (*Brit. med. j.*, 10 oct.) — Trojanow. Traitement chirurgical des abcès sous-diaphragmatiques. (*Ann. de chir. russes*, n° 3.) — Smith et Haslam. Un cas d'abcès sous-phrénique. (*Med. Record*, 12 sept.) — Peet. Traitement des abcès chauds. (*Ibid.*, 10 oct.) — Gage. Traitement des abcès froids. (*Boston med. Journ.*, 10 sept.)

Abdomen. — Edwards. Diagnostic différentiel des ascites. (*Medicine*, oct.) — Hickmann. Les soins après les opérations abdominales. (*Amer. j. of obst.*, sept.) — Rendu. De l'utilité de retarder le premier pansement dans les plaies abdominales. (*Cong. de gyn.*, *Semaine méd.*, 9 sept.) — Ward. La gaze dans le drainage de la cavité abdominale. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 juill.) — Gatti. Etude histologique de la disparition de la tuberculose abdominale après la laparotomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 645.) — Delitzyne. Des ruptures traumatiques des viscères abdominaux. (*Vratch*, 8 avril.) — Demons. Traitement des contusions et plaies de l'abdomen. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Reboul. Plaie pénétrante de l'abdomen avec hernie d'une grande partie de l'intestin grêle, du côlon et de l'estomac. (*Ibid.*) — Barette. 2 cas de perforation traumatique de l'intestin par contusion abdominale. (*Année méd. Caen*, 15 août.) — Delorme. Perforation de l'appendice consécutive à un traumatisme de l'abdomen par coup de pied de cheval. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 543.) — Rochard. Une observation de plus en faveur de l'intervention immédiate dans les plaies de l'abdomen par armes à feu. (*Union méd.*, 8 août.) — Faure. Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval ; décollement de la vésicule biliaire et hémorragie du foie ; laparotomie, guérison. (*Gaz. hebd. Paris*, 13 août.) — Mendes. Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. (*Rev. de chir.*, oct.) — Cordier. Cas de chirurgie abdominale et pelvienne. (*Med. Record*, 5 sept.) — Jessett. Fistule stercorale par mutilation, suicide à deux reprises, traitée chaque fois par la laparotomie et l'entérectomie. (*Lancet*, 31 oct.) —

Morgan. Ouraque dilaté ouvert dans une laparotomie pour péritonite, guérison. (*Ibid.*, 24 oct.) — Santovecchi. Des fausses tumeurs de l'abdomen. (*Morgagni*, oct.) — Mangin. Fibro-sarcome de la paroi abdominale récidivé. (*Marseille méd.*, 1er juill.) — Zerenine. Sarcome de la paroi abominale. (*Rev. de méd. russe*, 19.)

Accouchement. — A. Pozzi. Manuel théorique et pratique d'accouchements. (In-18, 480 p., *Paris.*) — Lepage. Fonctionnement de la maison d'accouchement Baudelocque, dirigée par Pinard. (In-4°, 105 p., *Paris.*) — Estrade. Accouchement chez les Laotiens. (*Arch. de méd. nav.*, oct.) — Charier. Asepsie du milieu obstétrical. (*Journ. des Praticiens*, 11 juill.) — Barbour. L'orifice interne de Braun et l'anneau de rétraction. (*Edinb. med. j.*, nov.) — Fothergill. Position de Walcher dans l'accouchement. (*Brit. med. j.*, 31 oct.) — De Seigneux. La présentation de la tête et le mécanisme de son engagement. (*Semaine méd.*, 16 sept.) — Neumann. Recherches sur l'excrétion de sulfures et la putréfaction intestinale chez les accouchées. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 441.) — Planellas. Incontinence d'urine chez les accouchées. (*Semaine méd.*, 16 sept.) — Audebert. Hémorragies vestibulo-clitoridiennes pendant l'accouchement. (*Ibid.*, 16 sept.) — Dobronrawow. Sur l'anesthésie dans l'accouchement. (*Vratch*, 26 sept.) — Benedict. Troubles digestifs compliquant les conditions obstétricales et gynécologiques. (*Medicine*, sept.) — Bué. Des lésions vésicales pendant les opérations obstétricales. (*Nord méd.*, 15 oct.) — Helme. Injection intra-cervicale de glycérine pour provoquer l'accouchement. (*Lancet*, 3 oct.) — Lavergne. Dix observations de rigidité fœtale, de l'influence de cet état pathologique sur le mécanisme de l'accouchement. (*N. Montpellier méd.*, 5 sept.) — Schultze. Des indications à remplir dans l'asphyxie des nouveau-nés. (*Cent. f. Gyn.*, 12 sept.) — Coromilas. Traitement de la rigidité du col, du conduit vulvo-vaginal et du périnée. (*Semaine méd.*, 16 sept.) — Parrot. Des accouchements de jumeaux à des intervalles extraordinairement éloignés. (*Münch. med. Woch.*, 21 janv.) — Gaulard. De la conduite à tenir dans les accouchements gémellaires. (*Nord méd.*, 15 nov.) — Bouteillier. Accouchement compliqué d'emphysème sous-cutané. (*Progrès méd.*, 8 août.) — Petitpas. Accouchement provoqué au 8e mois chez une rachitique. (*Ann. de gyn.*, août.) — Homans. Primipare, bassin rétréci de 9 centimètres au plus, présentation vicieuse réduite par manœuvres externes, accouchement spontané en O T D, enfant vivant, couches normales. (*Rev. méd. Louvain*, 30 juin.) — Kelly. Délivrance par traction sur le cuir chevelu de l'enfant. (*Americ. j. of obst.*, sept.) — Stoner. Etude de l'hydramnios ; relation d'un cas. (*Med. Record*, 15 août.) — Riesing. Du développement de la tête dernière. (*Cent. f. Gyn.*, 26 sept.) — A. Mueller. Emploi du forceps pour la tête dernière. (*Ibid.*) — Purslow. De la perforation de la tête dernière. (*Brit. med. j.*, 31 oct.) — Vanverts et Ramond. L'ascite fœtale. (*Rev. d'obst. et de péd.*, mai.) — Fochier, Rein et Kufferath. Fréquence relative et formes les plus usuelles des rétrécissements du bassin selon les différents pays, groupes ou contrées. (*Cong. de gyn.*, *Semaine méd.*, 9 sept.) — Johansen. De l'accouchement dans les hydroméningocèles et hydrencéphalocèles. (*Münch. med. Woch.*, 7 janv.) — Gallant. Un cas de dystocie due à la disparité entre le volume de la tête du fœtus et de la largeur de ses épaules. (*Med. Record*, 5 sept.) — Audebert. Fracture du crâne causée par une application de forceps au détroit supérieur. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 mai.) — Vallois. Des différentes manières d'appliquer le forceps au détroit supérieur dans les cas où ce détroit est rétréci suivant son diamètre antéro-postérieur. (*N. Montpellier méd.*, 13 juin.) — Schwab. Sur le forceps de Crouzat. (*Journ. de méd. Paris*, 13 sept.) — Discussion à la Brit. Assoc.

sur les avantages comparés du forceps et de la version dans les cas de rétrécissement moyen. (*Brit. med. j.*, 31 oct.) — Murrey. Un forceps à axis-traction ajustable. (*Edinb. med. Journ.*, sept.) — Mackness. Quelques modifications au forceps. (*Ibid.*, sept.) — Puech. De quelques emplois du ballon de Champetier de Ribes. (*N. Montpellier méd.*, 25 avril.) — Flandrin. Œdème généralisé du fœtus et gros placenta. (*Dauphiné méd.*, août.) — Weil. Paralysies radiculaires du plexus brachial d'origine obstétricale. (*Rev. mal. de l'enf.*, oct.) — Hypes. Rupture spontanée de l'utérus pendant le travail à terme. (*Med. News*, p. 479, 24 oct.) — De Lee. Craniotomie de l'enfant mort. (*Ibid.*, 3 oct.) — Ouspensky. 2 cas de symphyséotomie. (*Rev. de méd. russe*, 19.) — Mc Creery. Un cas de symphyséotomie. (*Med. Record*, 15 août.) — Ayers. La symphyséotomie. (*Ibid.*, 12 sept.)

Acné. — Lomry. Etiologie de l'acné. (*Derm. Zeit.*, août.) — Secchi. Présence de blastomycètes dans l'acné chéloïdique. (*Mon. f. prakt. Dermat.*, XXIII, p. 509.)

Acromégalie. — Tikhomiroff. Etude anatomo-pathologique d'un cas d'acromégalie. (*Presse méd.*, 26 août.) — Franke. Acromégalie avec hémorragie temporale. (*Klin. Mon. f. Aug.*, août.) — Silvestri. Les symptômes oculaires de l'acromégalie. (*Settim. med.*, 18 avril.) — Fazio. Sur un cas d'acromégalie. (*Riforma med.*, 11 mai.) — Léopold Levy. De l'acromégalie. (*Arch. gén. de méd.*, nov.) — Bourneville et Regnault. Acromégalie. (*Soc. anat. Paris*, 31 juill.) — Lefebvre. Un cas d'acromégalie. (*Bull. méd. Nord*, 28 août.)

Actinomycose. — Santraille. Etude de l'actinomycose en France. (*Thèse de Toulouse.*) — Evetsky. L'actinomycose des conduits lacrymaux. (*Arch. d'opht.*, avril.) — Th. Schrœder. 2 cas d'actinomycose des conduits lacrymaux. (*Klin. Mon. f. prak. Aug.*, avril.) — Krasnobaieff. 2 cas d'actinomycose des intestins. (*Med. Obozr.*, 17.) — Jurinka. Traitement de l'actinomycose. (*Mitth. aus. d. Grenzgeb. d. Med.*, I, 2.) — Morris. Actinomycose cutanée, traitement par l'iodure. (*Lancet*, 6 juin.)

Addison (Mal. d'). — Schmey. Relations entre la maladie d'Addison et les troubles menstruels. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 25 août.) — Rispal. Maladie d'Addison avec absence de capsules surrénales. (*Bull. méd.*, 13 sept.) — Bradbury. Maladie d'Addison sans pigmentation. (*Lancet*, 3 oct.) — Cervellini. Un cas de maladie d'Addison suivie de guérison. (*Riforma med.*, 4 juill.) — Langlois. L'opothérapie dans la maladie d'Addison. (*Presse méd.*, 19 sept.) — Œstreich. Traitement opératoire d'un cas de maladie d'Addison. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 123.)

Albumine, urie. — Krankow. Du groupe des hydrocarbures dans l'albuminurie moléculaire. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXV, p. 281.) — Fermi et Pampersi. Des microorganismes peptonisant l'albumine; se produit-il de la peptone dans la putréfaction? (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 387.) — Elliott. Recherche de l'albumine. (*N. York med. j.*, 5 sept.) — Chittenden. Nucléines et nucléoprotéides dans leurs relations avec la sécrétion interne. (*Boston med. Journ.*, 20 août.) — Verdelli et Gabri. De l'albuminurie expérimentale par injections d'albumine. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXV, p. 300.) — Zabel. Sur l'albuminurie chez les personnes saines. (*Thèse de St.-Pétersbourg.*) — Eklund. Albuminurie de la grossesse et de l'état puerpéral. (*Amer. j. of obst.*, oct.) — Trousseau. La survie après l'apparition de la rétinite albuminurique. (*Journ. de méd. Paris*, 6 sept.) — Harrison. Trai-

tement de quelques formes d'albuminurie par la ponction rénale. (*Brit. med. j.*, 17 oct.)

Alcool, isme. — Féré. Sur la puissance tératogène de quelques boissons alcooliques. (*Journ. de l'anat.*, juill.) — Laborde. Le projet de loi sur la réforme de l'impôt des boissons devant le Sénat, la question hygiénique. (In-8°, 96 p., *Paris.*) — Paul Sérieux. Les asiles de buveurs. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXXV, 308.) — Bayard. L'abus des boissons alcooliques et ses relations avec la santé publique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 29 août.) — Koulbine. Sur l'intoxication chronique des animaux par l'alcool et les essences. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Lancereaux. L'alcoolisme chez les enfants. Son influence sur la croissance. (*Bull. Acad. de méd.*, 13 oct.) — A. Baratier. L'alcool et l'enfance. (*Tribune méd.*, 7 oct.) — Paul Raymond. L'alcoolisme à Paris. (*Progrès méd.*, 18 juill.) — De Grandmaison. Alcoolisme et alcoolisation. (*Méd. mod.*, 2 sept.) — Crothers. Le témoignage des experts dans les cas discutés d'alcoolisme aigu. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 26 sept.) — Koppen. Alcoolique atteint d'allucinations auditives, lui faisant croire qu'une voix lointaine répète tout ce qu'il pense, écrit ou dit. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 422, 11 mai.) — Herter. Alcoolisme aigu chez un enfant de 3 ans, suivi de convulsions, de paralysie cérébrale et de névrite multiple. (*N. York med. j.*, 7 nov.) — Magnan. Délire alcoolique et délires systématisés dans l'alcoolisme. (*Progrès méd.*, 18 juill.) — Frenck. Traitement de l'alcoolisme. (*Med. and surg. Rep.*, 12 sept.)

Aliénation. — Mettler. L'aliénation mentale devant la justice. (*J. Americ. med. Ass.*, 26 sept.) — Discussion à la Brit. Assoc. sur les certificats d'aliénation. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — Colella. L'orientation actuelle de la psychiatrie. (*Rev. clin. e terap.*, août.) — Mary. Des individualités appartenant à la grande famille des folies raisonnantes. (*Thèse de Montpellier.*) — Kellogg. Les désordres du système musculaire dans l'aliénation. (*Med. Record*, 15 août.) — Clark. Le pronostic de l'aliénation compliqué d'hématome de l'oreille. (*Americ. med. Bull.*, 22 août.) — Allison. Les relations du crime avec la démence et d'autres états d'affaiblissement mental. (*Ibid.*, 19 sept.) — Searcy. Intoxication et aliénation mentale. (*Ibid.*, 26 sept.) — Christison. L'évidence de l'aliénation mentale. (*Ibid.*, 3 oct.) — Brewry. 3 cas de simulation de la folie. (*Ibid.*, 10 oct.) — Wilson. Valeur de la doctrine de Weismann dans l'aliénation. (*Journ. of ment. sc.*, oct.) — Briscoe. Hérédité dans l'aliénation mentale. (*Ibid.*) — Hamilton. Les rapports de l'auto-intoxication intestinale avec certaines formes communes d'aliénation. (*N. York med. j.*, 31 oct.) — Laffan. Folie endémique. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — Finkelstein. 2 cas de folie en commun. (*Westnik psych.*, XI.) — Mesnard. Sur quelques cas de mélancoliques. (*Ann. polic. Bordeaux*, nov.) — Dheur. De l'état de la sensibilité chez quelques mélancoliques. (*Thèse de Paris.*) — Manheimer. Un cas d'œdème des mains chez un mélancolique. (*Tribune méd.*, 26 août.) — Roubinovitch. Idées fixes et obsession. (*Bull. méd.*, 22 juill.) — Ballet et Roubinovitch. Les persécutés processifs. (*Journ. des Praticiens*, 3 oct.) — Planat. Troubles moteurs précédant l'articulation de la parole chez un dégénéré. (*Arch. de neurol.*, oct.) — Grundberg. Des formes aiguës du délire. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LIII, 4.) — Belmondo. Pouls rare chez une aliénée, phénomène de nature inhibitoire. (*Riv. di patol. nerv.*, I, p. 337.) — De Sanctis. Négativisme vésanique et hallucination antagonistes. (*Riforma med.*, 12 mai.) — Soukhanoff. Quelques formes périodiques et rémittentes de vésanie aiguë. (*Obozr. psych.*, août.) — Féré. La descendance d'un inverti. (*Journ. des Praticiens*, 5 sept.) — Meschede. De l'écholalie et la phrénolepsie. (*Allg.*

Zeit. f. Psych., LIII, 4.) — Havelock. Manie récidivante. (*J. of mental sc.*, oct.) — Parant. Le tremblement gélatineux de la langue chez les aliénés mélancoliques. (*Ann. méd. psych.*, nov.) — Falret. Variétés cliniques du délire de persécution. (*Ibid.*, p. 413, nov.) — Soukhanoff. De la paranoia inventoria. (*Ibid.*, sept.) — Régis. Un cas de délire raisonnant de dépossession. (*Ibid.*) — Parsons. Points pratiques relatifs aux aberrations sexuelles séniles ; prophylaxie et traitement. (*Med. Record*, 10 oct.) — Prince. Un cas de perversion sexuelle. (*Boston med. Journ.*, 20 août.) — Stedman. Pronostic et durée des attaques de maladies mentales. (*J. of nerv. dis.*, août.) — Darin. Assistance des aliénés dans l'Etat de New York. (*Arch. de neurol.*, nov.) — Rouby. De l'internement des aliénés en Angleterre. (*Ann. méd. psych.*, nov.) — Marandon de Montyel. L'opendoor et le congrès de Nancy. (*Ibid.*) — Cullerre. Les établissements d'aliénés de l'Etat de New York. (*Ibid.*, sept.) — Ziehen. Le diagnostic et le traitement de la mélancolie dans la pratique. (*Samml. Abhandl. aus d. Gebiete d. Nervenh.*, I, 2 et 3.) — Clouston. L'asile du Caire ; le Dr Warnock et l'aliénation par le haschich. (*J. of mental sc.*, oct.) — Macpherson. De traitement hospitalier des aliénés dans les asiles. (*Ibid.*, oct.) — Marandon de Montyel. La thérapeutique de la folie dans ses rapports avec l'organisation médicale des services publics d'aliénés. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 nov.) — Oswald. Emploi des sédatifs et des hypnotiques dans le traitement de l'aliénation. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — A. Voisin. Folie lypémaniaque guérie par l'hypnose et accouchement normal pendant l'hypnose. (*Cong. Ass. franç. Tunis.*) — Gilliam. Oophorectomie pour l'aliénation et l'épilepsie. (*Americ. j. of obst.*, oct.) — Journan. Sur le traitement des aliénés par le maintien au lit. (*Vratch*, 12 sept.) — Lapointe. Quelques réflexions sur le traitement des aliénés dans les asiles. (*France méd.*, 4 sept.)

Alimentation. — Schaefer. Le régime alimentaire de l'homme sain et malade. (*Med. Bibl. f. prakt. Aertze*, n° 49.) — Contejean. Documents pour l'étude de la valeur des diverses substances alimentaires dans l'entretien de l'ensemble des travaux physiologiques de l'organisme en comparaison avec la valeur énergétique de ces mêmes substances. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 803.) — Averkiew. Action du sucre de lait sur l'assimilation des graisses alimentaires, etc., chez l'homme sain. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Balland. Dosage du gluten dans les farines. (*J. de pharm.*, 15 sept.) — Laquer. Valeur alimentaire des sels de caséine et leur emploi. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 7 nov.) — Reuss. Le beurre pasteurisé et le radiateur de Salenius. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.) — Bourot et Jean. Sur la digestibilité du beurre de coco et du beurre de vache. (*Acad. des sc.*, 19 oct.) — Maljean. Un faux café torréfié. (*J. de pharm.*, 15 oct.)

Allaitement. — Crocq. Les nourrices et le lait maternel de Guertner. (*J. méd. Bruxelles*, 8 oct.) — Rosewater. Les soins des seins au cours de la lactation. (*Med. Record*, 3 oct.) — A. Muggie. Sur la quantité de fer contenue dans les viscères des enfants envisagée relativement à la question de la durée de l'allaitement. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, août.) — Jacob. Les méfaits du biberon. (*Thèse de Paris.*)

Amputation. — Chavasse. Amputation interscapulo-thoracique. (*Ann. of surg.*, août.) — Eliot. Récidive d'un myxo-sarcome de l'omoplate chez une femme de 76 ans, ablation de la clavicule, de l'omoplate et du bras, guérison. (*Lancet*, 7 nov.) — Vallas. Amputation intra-claviculaire du membre supérieur. (*Province méd.*, 7 nov.) — Coronat. La désarticulation coxo-fémorale. (*Thèse de Paris.*)

Amygdale. — Broeckaert. De l'amygdalite lacunaire aiguë. (*Soc. belge d'otol.*, 7 juin.) — Straight. Amygdalite tenace. (*N. York med. j.*, 26 sept.) — Stoupy. Amygdalite phlegmoneuse, hémorragies artérielles et veineuses consécutives, fistule trachéale, ligature de la carotide externe, guérison. (*Arch. de méd. mil.*, sept.) — Killian. Du traitement de l'angine phlegmoneuse, péri-amygdalite. (*Münch. med. Woch.*, 28 juill.) — Kramer. Emploi des injections parenchymateuses d'acide phénique. (*Cent. f. Chir.*, 21 nov.) — Ruge. La tuberculose des amygdales au point de vue clinique. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLIV, 3.) — Schlesinser. La tuberculose des amygdales chez les enfants. (*Berlin. klinik*, n° 99.) — Coulter. Amygdalotomie par le cautère. (*Med. News*, p. 385, 3 oct.) — Bottome. Un cas d'hémorragie secondaire à une amygdalotomie. (*Med. Record*, 29 août.)

Anatomie. — Haynes. Manuel d'anatomie. (*Londres.*) — Lane. Etude de l'anatomie, ses applications à la pratique de la médecine et de la chirurgie. (*Brit. med. j.*, 7 nov.) — His. Wilder et la nomenclature anatomique. (*Anat. Anz.*, XII, p. 416.) — Melnikow-Razvedenkow. Nouveau procédé de préparation des pièces anatomiques. (*Med. Obozr.*, 6.)

Anémie. — Sinkler et Eshner. 3 cas d'anémie essentielle dans une famille, le père et les deux filles. (*Americ. j. of med. sc.*, sept.) — Discussion à la Brit. Ass. sur l'anémie, causes, etc. (*Brit. med. j.*, 19 sept.) — Mori. Physiopathologie des anémies chez les sujets atteints de néoplasmes. (*Riforma med.*, 29 mai.) — Riggs. Paraplégie par hémorragie dans le canal rachidien dans l'anémie pernicieuse. (*J. of cut. dis.*, août.) — Rakieff. 2 cas mortels d'anémie aiguë pendant les règles. (*Journ. d'obst. russe.*) — Riva-Rocci. Injections de sels de fer dans l'anémie. (*Policlinico*, mai.) — Blumenau. Cas de traitement favorable de l'anémie pernicieuse par la moelle osseuse. (*Vratch*, 29 août.)

Anesthésie. — Schnitzler. Etat actuel de la question de l'anesthésie. (*Cent. f. ges. Ther.*, sept.) — Hewitt. Le passé, le présent, l'avenir de l'anesthésie. (*Practitioner*, oct.) — Rowell. Les travaux de Simpson, Snow, Lister et de la Commission d'Hyderabad. (*Ibid.*) — Braine, Bailey. L'administration de l'éther. (*Ibid.*) — Buxton. Histoire de la découverte de l'anesthésie. (*Ibid.*) — Treves. Les anesthésiques en chirurgie. (*Ibid.*) — Hartley. Les anesthésiques au point de vue du praticien. (*Ibid.*) — Sheild. Le besoin d'une meilleure instruction pour l'administration des anesthésiques. (*Ibid.*) — Bramwell. Anesthésie hypnotique. (*Ibid.*) — Turner. Etat de la législation sur l'administration des anesthésiques. (*Ibid.*) — Jubilé de l'anesthésie. (*Brit. med. j.*, 17 oct.) — Squire. La première éthérisation en Angleterre. (*Ibid.*) — Buxton. 50 ans d'anesthésie. (*Ibid.*) — Ashhurst. La chirurgie avant l'anesthésie. (*Med. News*, 17 oct.) — Guyon. Anesthésie générale. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, oct.) — Zachrisson. Des anesthésies par le chloroforme et l'éther, technique, accidents. (*Upsala läkar. Förhandl.*) XXX, 5.) — Freeman. Chloroforme ou éther. (*Bristol med. chir. j.*, juin.) — Gay. Circonstances dans lesquelles le chloroforme est préférable à l'éther pour l'anesthésie. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XIII, p. 177.) — Weir. Influence de l'éther sur les reins. (*Ibid.*, p. 189.) — Deaver et Frese. Influence de l'éther sur l'appareil génito-urinaire. (*Ibid.*, p. 197.) — Bayer. Des réflexes pendant la narcose. (*Prager med. Woch.*, 27.) — Sklifasowski. Sur l'anesthésie chloroformique, éthérique et autres. (*Letopis de chir. russe*, 4.) — Ajello. Des altérations organiques dépendantes de l'anesthésie par le chloroforme. (*Clinica chir.*, n° 8.) — Corish. L'éther et l'oxygène comme anesthésiques. (*Med. Record*, 12 sept.) — Hamon du Fou-

GERAY. Chloroforme associé au bromure d'éthyle. (*Ann. mal. de l'or.*, oct.) — HEINTZ. De la mort par le chloroforme. (*Thèse de Rotterdam.*) — DE CHAPEAUROUGE. De l'anesthésie par l'éther. (*Jahrb. Hamburg. Staatskrank.*, IV.) — DRESER. Dosage des anesthésiques donnés par inhalation. (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, XXXVII, p. 375.) — DOBRONRAWOW. Sur l'anesthésie en obstétrique. (*Vratch*, 3 oct.) — HOLLOWAY. L'anesthésie pour les opérations sur la gorge et sur le nez. (*Med. Mag.*, juin et *J. of laryng.*, sept.) — STOERK. L'anesthésie par la cocaïne. (*Wiener med. Woch.*, 24 oct.) — SCHLEICH. Application de l'anesthésie par infiltration au traitement des névralgies. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 424, 11 mai.) — LEGUEU. De l'anesthésie locale par l'eucaïne. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, nov.) — — DE METZ. L'eucaïne, succédané de la cocaïne. (*La Belgique méd.*, 22 oct.) — VOLLERT. De la valeur de l'eucaïne en ophtalmologie. (*Münch. med. Woch.*, 2 juin et 15 sept.) — DRUAULT. Anesthésie de la verge par la cocaïne. (*J. des Praticiens*, 4 juill.) — VILLAC. De la trachéotomie suivie d'insufflation dans les accidents graves de l'anesthésie. (*Journ. méd. Bordeaux*, 18 oct.)

Anévrisme. — FREI. Des anévrismes des artères cérébrales. (*Thèse de Zurich.*) — SOLARI. Anévrisme de la base du cerveau. (*Marseille méd.*, 15 avril.) — COMBEMALE. Diagnostic et pronostic d'un anévrisme de l'aorte. (*Bull. méd. Nord*, 28 août.) — DROZDA. Anévrisme de l'aorte avec perforation de la veine cave supérieure. (*Wiener med. Presse*, 1er nov.) — PROFICHET. Anévrisme de la crosse de l'aorte apparent au dehors. (*Normandie méd.*, 1er sept.) — GRÉES. Un cas d'anévrisme de l'aorte abdominale. (*Arch. de méd. nav.*, sept.) — MORELLO. Un cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte guéri par l'introduction dans le sac, de ressorts de montre. (*Riforma med.*, 22 sept.) — HERSHEY. Anévrisme du tronc brachio-céphalique traité par l'introduction de fils d'or dans le sac et le galvanisme. (*Ther. gaz.*, 15 sept.) — BERCHOUD. Anévrisme diffus de la carotide consécutif à l'ulcération du vaisseau dans un abcès. (*Lyon méd.*, 30 août.) — SOUCHON. Anévrisme double simultané de la fémorale; anévrisme de la fémorale et de la poplitée. Obs. d'anévrisme triple et quadruple. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XIII, p. 401.) — VAUGHAN. Anévrisme traumatique de l'artère fémorale 38 jours après une plaie par arme à feu, ligature dans le canal de Hunter, complication de colique néphrétique. (*Amer. j. of med. sc.*, oct.) — MAC GILLIVRAY. Anévrisme inguinal. (*Lancet*, 29 août.) — COLLINS. Anévrisme traumatique du pli du coude, ligature de l'artère brachiale. (*Ibid.*, 10 oct.) — CADDY. Anévrisme traumatique circonscrit de la main. (*Ibid.*, 29 août.)

Angine. — SUCHANNEK. Des rapports de l'angine et du rhumatisme aigu. (*Samml. Abhand. aus d. Gebiete der Nasenk.*, I, 1.) — BIGGS. Recherches sur la virulence du bacille diphtérique trouvé dans la gorge dans les cas d'angine aiguë simple en apparence. (*Amer. j. of med. sc.*, oct.) — JACCOUD. Angine à pneumocoque et angine diphtérique. (*Bull. méd.*, 13 sept.) — A. FLORAND. Angine à streptocoque avec érythèmes scarlatiniformes. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 juill.) — GOUGUENHEIM. Angine couenneuse à streptocoques. Mort. Autopsie. Lésions du poumon gauche, de la plèvre du même côté et du péricarde. Arthrite purulente des articulations de la clavicule gauche. (*Ibid.*, 17 juill.) — HÉBERT. Recherches cliniques et bactériologiques sur les angines à bacille de Friedlaender. (*Thèse de Paris.*) — BADUEL. Néphrites diplococciques et diplococcémies secondaires à l'angine tonsillaire. (*Settim. med.*, 22 août.) — KILLIAN. Traitement de l'angine phlegmoneuse ou péri-amygdalite abcédée. (*Münch. med. Woch.*, 28 juill.) — GRÜNWALD. Traitement de l'angine phlegmoneuse. (*Ibid.*, p. 890,

22 sept.) — Chatelin. Encore 2 cas d'angine scarlatineuse traités par la sérothérapie antistreptococcique. (*Bull. méd. Nord*, 10 juill.) — Innes. Un cas d'angine de Ludwig. (*Brit. med. j.*, 24 oct.) — Hood. Angine de poitrine considérée comme un symptôme. (*Lancet*, 26 sept.) — Grocco. De l'angine de poitrine. (*Settim. med.*, 4 janv.)

Angiome. — Mauclaire et de Bovis. Les variétés fibro-adipeuses de l'angiome. (*Arch. sc. méd. Bucarest*, mai.) — Redard. De l'électrolyse dans le traitement des angiomes. (*Presse méd.*, 29 août.)

Anomalie. — Hepburn. Anomalies des muscles, nerfs, vaisseaux. (*J. of anat.*, juill.) — Mc Curdy. Trois générations de l'anomalie : six doigts par main. (*Americ. med. Bull.*, 29 août.) — Cannieu. Anomalies du palmaire cutané de l'adulte. (*Journ. med. Bordeaux*, 6 sept.) — Cannieu. Note sur le court abducteur du petit doigt et sur une expansion anormale de ce muscle. (*Ibid.*, 23 août.)

Anus. — Gallotti. Abcès stercoral, anus contre nature. (*Gaz. med. Lombarda*, 24 août.) — Gangolphe. Anus contre nature, entérorraphie avec le bouton de Murphy, guérison. (*Lyon méd.*, 20 sept.) — Braun. Traitement de la fistule stercorale et de l'anus contre nature. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 401.) — Spirak. Imperforation anale. (*Med. News*, 3 oct.)

Aorte. — Versari. Anomalie rare de l'aorte et considérations sur le trajet typique du récurrent droit dans les cas de crosse aortique à droite. (*Arch. ital. di otol.*, IV, p. 473.) — Ferrand. Insuffisance aortique avec dilatation de l'aorte consécutive à une sténose congénitale de la portion terminale de la crosse aortique. (*Semaine méd.*, 23 sept.) — Kuss. Hématome du médiastin consécutif à la rupture d'un sac anévrismal de l'aorte descendante. (*Soc. anat. Paris*, 17 juill.)

Appareil. — Schenk. Description d'un thermo-gaz-régulateur. (*Wiener med. Woch.*, 8 août.) — Stobwasser. Masque pour chloroforme avec bandeau frontal. (*Deut. med. Woch.*, 15 oct.) — Bloch. Le pneumoscope. (*Soc. de biol.*, 17 nov.) — Ihle. Les diverses positions des malades dans les opérations. Nouvelle table d'opérations. (*Münch. med. Woch.*, p. 769, 18 août.) — Mueller. Porte-jambes transportable pour les opérations obstétricales (*Ibid.*, 29 sept.) — Reinecke. Sopha d'examen et de massage transformable en table d'opération et d'examen. (*Ibid.*, 6 oct.) — Kuhn. Les sondes à spirale métallique pour le diagnostic clinique particulièrement du canal gastro-intestinal. (*Ibid.*, 15 sept.) — Steudel. Attelles d'aluminium. (*Ibid.*, 29 sept.) — Areilza. Ecarteurs hémostatiques. (*Journ. méd. Paris*, 11 oct.) — Gendron. Simplification dans la confection des corsets plâtrés. (*Ann. policl. Bordeaux*, sept., et *Gaz. des hôp.*, 20 oct.) — Wance. Attelle simple pour les affections de la hanche. (*Med. News*, 29 août.) — Volkovitch. Appareil simple pour la marche après les fractures du fémur et après résection de l'articulation de la hanche. (*Vratch*, 26 sept.)

Artère. — Thoma. L'élasticité artérielle. (*Lancet*, 7 nov.) — Franz. Configuration des artères au voisinage du pancréas. (*Anat. Anz.*, XII, p. 470.) — Coats et Auld. De l'endartérite déformante, athérome, anévrisme. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 78.) — Borchard. De l'endartérite oblitérante primitive. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 131.) — Martinotti. De l'artériosclérose. (*Arch. di psichiat.*, XVII, 4.) — Verneuil. Plaie pénétrante de la région scapulaire, mort par hémorragie, artère scapulaire. (*L'Abeille méd.*,

3 oct.) — Burrell. Ligature du tronc brachio-céphalique. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XIII, p. 291.) — Capdepon. Ligature de la carotide primitive non suivie d'accidents cérébraux. (*Journ. méd. Bordeaux*, 11 oct.) — Cecchelli. Valeur de la forcipressure. (*Morgagni*, sept.)

Articulation. — Lesshaft. De la force maintenant les surfaces articulaires. (*Anat. Anz.*, XII, p. 426.)—Humeau. De l'arthrite cervicale d'origine rhumatismale. (*Thèse de Paris.*) — Heldenbergh. De l'entorse de l'articulation sacro-vertébrale ou lumbago vrai. (*Belgique méd.*, 15 oct.) — Leredde. Sur les arthrites infectieuses en général et sur la polyarthrite rhumatismale vulgaire en particulier. (*Arch. de méd.*, avril.) — Levings. Arthrite urétro-vésicale. (*Med. News*, 3 oct.) — Matignon. Arthrite aiguë du poignet droit, paralysie réflexe du plexus brachial avec atrophie musculaire. (*Méd. mod.*, 9 sept.) — Kredel. Coxa vara congénitale. (*Cent. f. Chir.*, 17 oct.) — Heidenhain. Du traitement consécutif des hydarthroses du genou. (*Münch. med. Woch.*, 17 mars.) — Carmalt. Restauration des fonctions articulaires après les fractures. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XIII, p. 206.) — Roberts, Bradford. Idem. (*Ibid.*, p. 221 et 223.) — Jourdanet. De l'ostéotomie trochantérienne suivie d'interposition musculaire dans le traitement de certaines ankyloses vicieuses de la hanche. (*Province méd.*, 26 sept.) — Goguel. De l'intervention chirurgicale dans les ankyloses du coude consécutives à des traumatismes. (*Thèse de Paris.*) —Souchon. Traitement chirurgical de l'ankylose de l'épaule. (*Ann. of surg.*, oct.) — Marsh. Traitement de la synovite aiguë traumatique. (*Lancet*, 7 nov.) — Hoffa. Traitement de l'entorse tibio-tarsienne. (*Münch. med. Woch.*, 10 mars.) — Larger. Traitement des entorses et des fractures malléolaires par le massage ischémique. (10e *Cong. franç. de chir.*, oct.) — Graham. Massage, mouvements et bandage dans le traitement des déplacements des cartilages semi-lunaires. (*Amer. j. of med. sc.*, nov.) — Boutroue. Traitement des arthrites tuberculeuses, méthode de Bier. (*Thèse de Paris.*) — Miller. De la contraction des artères des membres comme cause probable de l'atrophie musculaire dans les arthrites tuberculeuses. (*Edinb. med. j.*, sept.) — Scudder. Le traitement de la carie tibio-tarsienne. (*Boston med. Journ.*, 17 sept.) — Bilhaut. Extension continue dans les arthrites tuberculeuses. (*Soc. de thér.*, 11 nov.) — Delagenière. Traitement de la coxalgie par l'arthrotomie, l'évidement de la tête et du col, et le drainage transtrochantérien. (10e *Cong. franç. chir.*, oct.) — Calot. Traitement des tumeurs blanches par les injections intra-articulaires. (*Ibid.*) — Thomas. 2 cas de corps articulaires du genou. (*N. York med. j.*, 19 sept.)

Astigmatisme. — Ellis. Astigmatisme irrégulier dû à l'usage du microscope. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 287.) — Roure. De l'astigmatisme bioblique de correction. (*Arch. d'opht.*, avril.)

Auscultation. — Bianchi. Etude sur le rôle de la phonendoscopie. (*France méd.*, 7 août.)

Avortement. — Bedford. L'avortement criminel dans le Punjab. (*Edinb. med. j.*, nov.) — Gould. Tentative d'avortement ; perforation de l'utérus sans péritonite. (*Med. Record*, 15 août.) — Lwow. Sur l'abrasion comme méthode d'avortement. (*Vratch*, 3 oct.) — Lavergne. De la conduite à tenir dans la rétention du placenta après l'avortement. (*N. Montpellier méd.*, n° 5 suppl., 1er sept.) — Huber. Traitement de l'avortement. (*Samml. Abhand. aus d. Gebiete d. Frauenheilk.*, I, 5.) — Stuart. Nouveau traitement de l'avortement incomplet. (*N. York med. j.*, 26 sept.) — Chaleix-Vivie

et Audebert. Traitement de l'avortement incomplet. (In-8°, *Paris.*) — Mc Keough. Le traitement de l'avortement. (*Americ. med. Bull.*, 12 sept.)

B

Bactériologie. — Jaccoud. Etiologie des maladies microbiennes. (L'*Abeille méd.*, 14 nov.) — Gautier. Les toxines microbiennes et animales (In-8°, 620 p., *Paris.*) — Czaplewski. Notes de bactériologie. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 307.) — Brieger et Boer. Toxines et antitoxines. (*Zeit. f. Hyg.*, XXI, p. 259.) — Crocq. Du noso-parasitisme. (*Presse méd. belge*, 11 oct.) — Ferrannini. Etude des maladies microbiennes. (*Riforma med.*, 2 nov.) — Rosenbach. L'importance de la bactériologie pour le diagnostic et pour éclairer l'étiologie. (*Deut. med. Woch.*, 8 oct.) — Lajoux et Cordier. Procédé de recherche des particules solides tenues en suspension dans les liquides, application à la microbiologie. (*Union méd. Nord-Est*, 30 oct.) — Friedenthal. Influence des courants induits sur les bactéries. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 505.) — Ottolenghi. Influence des bactéries sur la toxicité des alcaloïdes. (*Riforma med.*, 27 juill.) — Anastassoff. L'action de l'iodoforme sur les microbes pathogènes. (*Thèse de Toulouse.*) — Sanfelice. De l'immunité contre les blastomycètes. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 219.) — Klein. Etude des substances immunisantes des microbes spécifiques. (*Ibid.*, XX, p. 417.) — Walsh. Action inhibitrice de l'acétanilide sur l'accroissement des bactéries. (*Med. News*, 15 août.) — Casagradi et Barbagallo. Sur les terrains de culture des amibes. (*Riforma med.*, 8 juill.) — Nœtzel. De la constatation des capsules des microorganismes. (*Fortschr. der Med.*, XIV, p. 41.) — Kanthack. Les bactéries dans l'alimentation. (*Brit. med. j.*, 3 oct., p. 952.) — Lembke. Flore bactérienne de l'intestin. (*Arch. f. Hyg.*, XXVI, p. 293.) — Goldenburg. Bactériurie. (*Med. Record*, 15 août.) — Thiry. Sur une bactérie produisant plusieurs couleurs. (*Soc. de biol.*, 7 nov.) — Wolf. Etude du mode d'action des produits du staphylocoque et du pneumocoque. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 375.) — Klebs. Des substances curatives et immunisantes des cultures des bacilles tuberculeux. (*Ibid.*, XX, p. 488.) — Dorset. Cristaux caractéristiques produits dans les cultures par le bacille pyocyanique. (*Ibid.*, XX, p. 217.) — Schreiber. Conditions physiologiques de la formation des spores endogènes du bacillus anthracis, subtilis et tumescens. (*Ibid.*, XX, p. 353.) — Discussion à la Brit. Assoc. sur les états morbides liés à la présence du streptocoque. (*Brit. med. j.*, 3 oct.) — Calmette. Coli-bacille d'Eberth. (*Bull. méd.*, 2 sept.)

Bains. — Besrodnoff. Le bain de sable artificiel. (*Indép. méd.*, 26 août.) — Little. Quelques mots sur les bains de Leuck (Loëche-les-Bains). (*Dublin Journal*, 1er août.) — Shepard. Sur la nécessité de bains turcs publics. (*J. Americ. med. Ass.*, 22 août.) — Jagielski. L'action thérapeutique des bains turcs. (*Ibid.*, 22 août.) — Winslow. Les bains turcs dans les désordres cérébraux. (*Ibid.*, 22 août.) — Lemoine. Traitement des affections des voies respiratoires par les bains chauds. (*Bull méd.*, 26 août et *J. des Praticiens*, 26 sept.) — Fiessinger. Les bains tièdes dans les maladies aiguës de l'enfance. (*Ibid.*, 11 juill.) — Arnaud. Les complications rénales des infections pyrétiques sont-elles une contre-indication aux bains froids? (*Marseille méd.*, 1er sept.)

Bassin. — Unger. La tuberculose des symphyses du bassin. (*Thèse de Marbourg.*) — Chassy. Bassin osseux d'un vieux coxalgique. (*Marseille méd.*, 15 juill.) — Vedeler. Cas de bassin spondylolisthétique. (*Norsk Mag.*, août.) — Jellinghaus. Un nouveau cas de spondylolisthesis. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 428.) — Vautrin. Collections séreuses pelviennes. (*Gaz. des hôp.*, 3 nov.) — Beach. Tumeur pelvienne allant de l'iléon à la vessie. (*Ann. of surg.*, oct.) — Noble. Le drainage dans le traitement radical des suppurations pelviennes. (*J. Americ. med. Ass.*, 8 août.)

Bec-de-lièvre. — Hendrix. Du bec-de-lièvre. (*La policlin. Bruxelles*, 12 oct.) — Fahrenbach. Le bec-de-lièvre à la clinique de Gœttingen, de 1885 à 1895. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 81.)

Béribéri. — Kronecker. Le béribéri au Japon. (*Cent. f. med. Wiss.*, p. 690, 1895.) — A. Laache. Sur le béribéri. (*Norsk Mag.*, mai.) — J. Roll. Encore un cas de béribéri. (*Ibid.*, mai.) — Daubler. Le béribéri. (*Wiener klin. Rundsch.*, 4 oct.) — Monteuuis. Le béribéri. (*J. des Praticiens*, 19 sept.) — L. François. Deux nouvelles observations de béribéri. (*Marseille méd.*, 1er sept.) — Troisfontaines. Sur un cas de béribéri, emploi des injections d'iode. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, X, p. 559.)

Biliaires (Voies). — Ransom. Sur la sécrétion de la bile. (*Brit. med. j.*, 3 oct.) — Mignot. Recherches expérimentales et anatomiques sur les cholécystites. (*Thèse de Paris.*) — Cahen. Observation rare de calcul biliaire. (*Deut. med. Woch.*, 8 oct.) — Simpson. Causes et conséquences des calculs biliaires chez les aliénés. (*Lancet*, 10 oct.)—Brodbank. Les calculs biliaires et la cholélithiase (In-8° 312 p., *Londres*). — Blum. Traitement de la lithiase biliaire par les lavements d'huile. (*Berl. klin. Woch.*, p. 427, 11 mai.) — Ecklin. Etat de la vésicule biliaire dans l'obstruction du canal cholédoque. (*Mitth. klin. u. med. Inst. Schweiz.*, IV, 3.) — Couturier. De l'obstruction calculeuse du cholédoque. (*Thèse de Paris.*) — Hollowbush. De la chirurgie de la vésicule biliaire. (*Med. Record*, 10 oct.) — Elliot. Suture immédiate des conduits et de la vésicule biliaire après l'ablation des calculs. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIII, p. 361.) — Petit. Thérapeutique chirurgicale des angio-cholécystites non calculeuses. (*Gaz. hebd. Paris*, 20 sept.) — Kehr. 209 laparotomies pour lésions des voies biliaires. 30 cholodochotomies. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 362.) — Shettle et Breton. Un cas de cholécystectomie. (*Lancet*, 14 nov.) — Weeks. Cholécystectomie. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIII, p. 347.) — Baudouin. Une nouvelle opération sur les voies biliaires, la cysticotomie. (*Progrès méd.*, 25 juill.)

Blennorragie. — Mc Cann. Etiologie de la gonorrée, (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVIII, p. 225.) — Schaffer. Sur la désinfection des gonocoques. (*Fortschr. der Med.*, XIV, p. 161.) — Lofton. Blennorragie chez l'enfant. (*N. York Med. j.*, 3 oct.) — Scott. Blennorragie chez la femme. (*Amer. j. of Obst.*, sept.) — Pichevin. Localisation du gonocoque, blennorragie latente, spécificité du gonocoque. (*J. de méd. Paris*, 20 sept.) — Wlaiew. Sur les complications de la blennorragie et sur la biologie du gonocoque. (*Journ. médec. milit. russe*, sept.)—Abrams. Un cas d'endocardite blennorragique. (*N. York med. j.*, 29 août.) — Bobone. (*Boll. mal. dell' orrechio*, XIV, p. 169.)—Knies. Des conjonctivites blennorragiques, leur traitement. (*Samml. Abhandl. aus de Gebiete d. Augenh.*, I, 5.) — Jullien. De la blennorragie ano-rectale. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Hawkins. Mort de rhumatisme blennorragique. (*Med. News*, 13 juin.) — Romme. Traite-

ment du rhumatisme blennorragique. (*Presse méd.*, 23 sept.) — Wolff. De la métastase articulaire dans la gonorrée. (*Münch. med. Woch.*, 25 fév.) — Malherbe. 2 cas d'arthrite blennorragique suppurée. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, nov.) — Janet. Traitement abortif de la blennorragie. (*Ibid.*). — Kolischer. Forme tardive de cystite blennorragique chez la femme. (*Wiener med. Presse*, 18 oct.) — Marfan. L'arthrite blennorragique chez l'enfant. (*J. de clin. inf.*, 3 sept.) — Schwartz. La mobilisation des ankyloses blennorragiques. (*J. des Praticiens*, 27 juin.) — Neumann. De la blennorragie utérine. (*Mon. f. Geburts.*, août.) — Jullien. Goutte militaire et métro-annexite. (*France méd.*, 21 août.) — Burr. La blennorragie dans la puerpéralité. (*J. Amer. med. Ass.*, 1er août.) — Robinson. Infection septicémique, suite de blennorragie, 1 cas mortel. (*Med. News*, 29 août.) — Kjort. Traitement de la blennorrée chez les nouveau-nés. (*Norsk Mag.* août.) — Goldberg. L'avortement de la blennorragie au début. (*Cent. f. inn. Med.*, 41.) — Moeller. 100 cas de blennorragie traités par la méthode de Janet. (*Hygiea*, I, p. 263.) — Hotaling. Emploi du permanganate de zinc dans la blennorragie, 50 cas. (*Med. News*, 7 nov.) — Noguès. De l'échec des lavages de formol dans le traitement des urétrites à gonocoques. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, sept.) — Delbet. 5 cas d'orchite blennorragique traités par les lavages de permanganate de potasse. (*Ibid.*, oct.) — Le Clerc. Traitement de l'urétrite chronique. Sonde à double courant pour le lavage de l'urètre antérieur. (*La Policlin. Bruxelles*, 1er nov.) — Marmonier. Des tiges d'ichtyol dans le traitement de l'urétrite blennorragique chez la femme. (*Marseille méd.*, 15 sept.) — Legueu et Lévy. Traitement de l'urétrite blennorragique par l'airol. (*Presse méd.*, 7 nov.) — Boltz. Résultats du traitement de la blennorragie par l'argonine. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 385.) — Swinburne. L'emploi de l'argonine dans le stade aigu de la blennorragie. (*J. of cut. dis.*, août.) — Gutheil. Traitement de la blennorrée par l'argonine. (*Deut. med. Woch.*, 27 août.)

Bouche. — Larger. Un nouveau procédé de cheiloplastie. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Perrin. Traitement chirurgical des leucokératoses buccales. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1208.)

Bronche. — Cassaet. De la simulation de la tuberculose par certaines affections bronchiques aiguës. (*Bull. méd.*, 16 sept.) — Manco. Bronchite aiguë à staphylocoques avec bronchorragie. (*Rev. clin. e terap.*, sept.) — Simon. Le traitement de la bronchopneumonie pseudo-lobaire. (*France méd.*, 9 oct.) — Corish. L'oxygène dans le traitement de la bronchite capillaire. (*Med. Record*, 3 oct.)

Brûlure. — Pollack. Complications et traitement des brûlures. (*Philad. polycl.*, 24 oct.) — D'Arcy Power. Traitement des brûlures superficielles par l'acide picrique. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Benson. Traitement des brûlures, plaies bourgeonnantes et greffes cutanées par la cage antiseptique. (*Lancet*, 15 nov.)

C

Cancer. — Laurent. L'origine maligne des tumeurs. (*Scalpel*, 28 juin.) — Hauser. Encore un mot sur la théorie de Ribbert au sujet de l'histogénèse

du carcinome. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLI, 3.) — Harrison. Quelques observations d'hérédité carcinomateuse. (*Amer. med. Bull.*, 19 sept.) — Leyden. Corps ressemblant à des amibes trouvés dans l'ascite chez les cancéreux. (*Sitz. Akad. Wiss. Berlin*, XXXIX, p. 13.) — Castelli. Sur le pouvoir hémolytique des toxines cancéreuses. Recherches cliniques et expérimentales sur le sang et les urines des cancéreux. (*Riforma med.*, 14 sept.) — Roncali. D'un nouveau blastomycète isolé d'un épithéliome de la langue et des métastases axillaires d'un sarcome mammaire, etc., contribution à l'étiologie des tumeurs malignes. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 481.) — Lustig. La cachexie dans les cancers est due à une intoxication. (*Settim. med.*, 22 févr.) — Williams. Cancer primitif multiple. (*Brit. med. j.*, 10 oct.). — Delassus. Adénopathie cervicale détective des néoplasmes abdominaux. (*J. sc. méd. Lille*, 24 oct.) — Lewis. Le traitement des cancers incurables. (*Med. News*, 7 nov.) — Snow. Opium et cocaïne dans le traitement des maladies cancéreuses. (*Brit. med. j.*, 19 sept.) — Robinson. Tumeur cancéreuse traitée par la chélidoine. (*Soc. de thér.*, 28 oct.) — Griffith-Davis. Emploi du violet de méthyle dans les tumeurs malignes. (*N.-York med. j.*, 10 oct.). — Coley. Valeur thérapeutique des toxines mélangées du streptocoque de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus, dans le traitement des tumeurs malignes inopérables, série de 160 cas. (*Amer. j. of med. sc.*, sept.) — Traitement chirurgical du cancer : Homans : organes génitaux féminins, utérus et vulve ; Conner : lèvre, langue, bouche, pharynx ; Wight : mamelle ; Mc Guire : organes génitaux masculins ; Gerster : rectum. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XIII, p. 35 et suiv.) — Fedoroff. Résultats du traitement des tumeurs malignes par la sérothérapie. (*Ann. de chir. russes*, 5.)

Cellule. — Retterer. Cellule et biologie. (*Journ. de l'anat.*, juill.) — Patek. Cristallisation apparente des granulations éosinophiles. (*N.-York med. j.*, 17 oct.) — Kostanecki et Seidlecki. Du centrosome et du protoplasma. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 181.) — Bizzozero et Sacerdotti. Influence de la température et de l'afflux sanguin sur l'activité productrice des éléments. (*Giorn. Acad. di Medicina, Torino*, mai.)

Cerveau. — Ramon. Structure du cerveau du caméléon. (*Rev. trim. micrograf.*, mars.) — Edinger. Développement des cordons cérébraux. (*Deut. med. Woch.*, 24 sept.) — Kaes. La teneur de l'écorce cérébrale en fibres à myéline. (*Münch. med. Woch.*, 4 févr.) — Zander. Etude du chiasma optique. (*Anat. Anz.*, XII, p. 457.) — Lapinsky. De la lumière des capillaires cérébraux. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IX, p. 169.) — Van Brero. La terminaison corticale du faisceau latéral pédonculaire (faisceau de Turck). (*N. Icon. de la Salpêtrière*, juill.) — Goulewitch. Sur la choline et la névrine, matériaux pour l'étude chimique du cerveau. (*Thèse de Moscou.*) — Cox. Méthode de localisation des lésions cérébrales. (*Dublin journ.*, 1er oct.) — Adamkiewicz. Fonctions de l'écorce cérébrale (*Janus*, juill.) — Mills. Valeur fonctionnelle des centres moteurs corticaux chez différents animaux. (*N.-York med. j.*, 17 oct.) — Bianchi. Les progrès récents dans la physiologie pathologique du cerveau et particulièrement en ce qui concerne le langage. (7e *Cong. ital. med. int. Rome*, 20 oct.) — Jemma. Pouvoir antitoxique du liquide arachnoïdien. (*Semaine méd.*, 31 oct.) — Alessi. Des lésions cérébrales produites expérimentalement. (*Riforma med.*, 23 juill.) — Davide. Des lésions des vaisseaux du cerveau. (*Riv. venet. sc. med.*, 31 oct.) — Shaw et Thompson. Dégénérescence descendante à la suite de lésions de l'écorce de l'occipital chez le singe. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Lloyd. Cérébrite rapidement mortelle, ressemblant à la méningite cérébro-spinale. (*J. of nerv. dis.*, sept.) — Bechterew. Sur la dégénérescence secondaire

du faisceau descendant du pédoncule antérieur du cervelet, du faisceau central du toit et du faisceau arciforme. (*Obozr. psych.*, août.) — Lapinski. Sur la dégénérescence dite cirrhose de Zenker des capillaires du cerveau. (*Vratch*, 29 août.) — Auton. Etat du cerveau dans un cas de sclérose latérale amyotrophique avec atrophie musculaire. (*Wiener klin. Woch.*, 5 nov.) — Frew. Fièvre cérébro-spinale en Écosse. (*Brit. med. j.*, 10 oct.) — Kalischer. De la polio-encéphalo-myélite et de la myosthémie. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 93.) — Aba. Des troubles de la sensibilité générale, du sens musculaire et stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale. (*Thèse de Paris.*) — Morgan. Un cas de cécité verbale congénitale. (*Brit. med. j.*, 7 nov.) — Gombault et Philippe. Des aphasies. (*Arch. de path. exp.*, VIII, p. 545.) — Eskridge et Parkhill. Aphasie motrice et sensorielle datant de 7 ans, due à une trombose suivie d'angiome, opération, soulagement de la douleur, légère amélioration de la parole. (*Med. News*, 5 sept.) — Onuf. De l'aphasie motrice. (*N.-York neurol. Soc.*, 6 oct.) — Eskridge et Rogers. Paralysie orolinguale et léger trouble moteur de l'écriture d'origine thrombosique, opération, guérison. (*Med. News*, 15 août.) — Picot et Hobbs. Paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale. (*J. méd. Bordeaux*, 16 août.) — Osler. Les complications cérébrales de la maladie de Raynaud. (*Amer. j. of med. sc.*, nov.) — Cutter. La médication préventive de l'apoplexie. (*J. Americ. med. Ass.*, 15 août.) — Dignat. De l'intervention thérapeutique dans l'hémiplégie d'origine cérébrale. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 oct.) — Putmann. Encéphalite aiguë non suppurée. (*J. of nerv. dis.*, août.) — Channing, Preston. Tumeurs du cerveau (*Ibid.*) — Williamson. Symptomatologie des grosses lésions, tumeurs ou abcès, de la région préfrontale du cerveau. (*Brain*, n° 74.) — Sokoloff. Une tumeur de l'hypophyse du cerveau (glande pituitaire). (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLIII, 2.) — Salles. Deux cas de tumeurs de l'encéphale. (*Marseille méd.*, 15 mai.) — Bernheim. Cerveau contenant un sarcome fasciculé situé au niveau de la première circonvolution temporale gauche et occupant toute l'épaisseur du lobe temporal. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er avril.) — Hoesslin. Tumeur de l'épiphyse, diabète insipide, paralysie nucléaire de l'oculo-moteur. (*Münch. med. Woch.*, 31 mars.) — Hoesslin. Tumeur sous-corticale du centre oval droit. Paralysie motrice complète gauche. (*Ibid.*) — Thomas et Keen. Ablation d'une volumineuse tumeur de la région frontale, ouverture et tamponnement du ventricule latéral. (*Amer. j. of med. sc.*, nov.) — Schultze. Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs du cerveau et de l'épilepsie jacksonienne. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IX, p. 217.) — Fontana. Hydrocéphalie chronique acquise améliorée à la suite d'un écoulement de liquide céphalo-rachidien par le nez. (*Gaz. d. Osped.*, 25 oct.) — Robecchi. Examen chimique du liquide hydrocéphalique d'un fœtus. (*Giorn. Acad. medic. Torino*, juin.) — Schilling. La ponction de l'hydrocéphalie (deux cas guéris). (*Münch. med. Woch.*, 7 janv.) — V. Beck. La ponction des ventricules latéraux. (*Mittheil. aus. d. Grenzgeb. d. Med.*, I, 2.) — Mills et Spiller. Abcès cérébral situé à la partie postérieure de la capsule externe. (*J. of nerv. dis.*, sept.) — Eskridge. Diagnostic de l'abcès chronique du cerveau. (*Amer. j. of med. sc.*, sept.) — Pauly. Ancien abcès du cerveau, épilepsie jacksonienne. (*Prov. méd.*, 29 août.) — Luc. Du diagnostic et du traitement de l'abcès encéphalique consécutif aux suppurations craniennes, sinus frontal, oreille moyenne. (*Méd. mod.*, 7 nov.) — Chipault. Interventions décompressives dans les affections non traumatiques et non microcéphaliques de l'encéphale. (*Indép. méd.*, 21 oct.) — Curtis. Les résultats de la chirurgie du cerveau. (*Amer. med. Bull.*, 12 sept.) — Robertson. La chirurgie cérébrale basée sur les localisations cérébrales. (*Ibid.*, 22 août.)

Cervelet. — Klimow. Sur les rapports du cervelet avec le noyau du moteur

oculaire commun. (*Vratch*, 12 sept.) — Russell. Les effets de l'interruption des cordons afférents et efférents du cervelet. (*Brit. med. j.*, 3 oct.) — Rummo. Les progrès récents de la physiologie pathologique du cervelet. (*7° Cong. ital. de med. int. Rome*, 20 oct.) — Lloyd. Tumeur du cervelet. (*Amer. j. of med. sc.*, sept.)

Césarienne (**Op.**). — Strebel. L'opération césarienne. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 322.). — Chirchow. De la section césarienne dans les bassins rétrécis. (*Vratch*, 5 sept.) — Chiarleoni. Opération césarienne dans un cas d'ostéomalacie ; rupture spontanée de l'utérus ; guérison. (*Riforma med.*, 22 juin.) — Stearns. Un cas d'opération césarienne post-mortem ; délivrance d'un enfant vivant. (*Med. Record*, 15 août.) — Lésine. Sur l'opération de Porro. (*Vratch*, 24 oct.) — Ricketts. Opération de Porro, vers le 5e mois, pour fibrome du col avec hydramnios et rétention totale d'urine. (*Med. News*, p. 479, 24 oct.)

Chancre. — Perry. Etiologie et traitement des bubons vénériens. (*Amer. j. of med. sc.*, nov.) — Coignet. Chancrelles traitées par les courants intermittents à haute fréquence. (*Lyon méd.*, 23 août.)

Charbon. — Sclavo. Sur la préparation du sérum anticharbonneux. (*Riv. d'igiene*, VII, 18 et 19.) — Schalenkamp. Traitement du charbon sans incision par les injections et pulvérisations de solutions de sublimé. (*Ther. Mon.*, sept.)

Chimie. — Slosse. Technique de chimie physiologique et pathologique. (In-8°, 250 p., *Bruxelles.*) — Lachaud. Observations et interprétations de phénomènes chimiques pouvant s'appliquer à la chimie biologique. (*Progrès méd.*, 3 oct.)

Chirurgie. — Wolzendorff. Manuel de petite chirurgie. (459 p., *Vienne.*) — Gould. Méthodes d'étude clinique de la chirurgie. (*Practitioner*, nov.) — Roth. Le traitement général, après les opérations chirurgicales. (*Americ. med. Bull.*, 15 août.) — Walker. L'abus de l'eau en chirurgie. (*J. Americ. med. Ass.*, 26 sept.)

Chlorose. — Seelig. Etude du sang et étiologie de la chlorose. (*Thèse de Berlin.*) — Vincenti. De l'œdème pulmonaire dans la chlorose. (*Thèse de Montpellier.*) — Bufalini. Le fer et la chlorose. (*Settimana med.*, 18 janv.) — David. L'extrait de rate dans le traitement de la chlorose. (*Deut. med. Zeit.*, 27 août.)

Choléra. — Catrin. Le choléra en 1893. (*Méd. mod.*, 14 oct.) — De Schweinitz. La production de l'immunité, pour le choléra des porcs, par le sérum des animaux immunisés. Sérums antitoxiques pour le choléra et le rouget. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 573.) — De Schweinitz. Immunité pour le choléra des porcs par le sérum d'animaux immunisés. (*N.-York med. j.*, 5 sept.) — Gruber. Théorie de l'immunité active et passive contre le choléra, le typhus et les processus morbides analogues. (*Münch. med, Woch.*, 3 mars.) — Courmont et Doyon. Des effets de la toxine cholérique. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 785.) — Hankin. L'action bactéricide des eaux de la Jumna et du Gange sur le microbe du choléra. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 511.) — Margellin. La balnéation chaude dans le choléra. (*Thèse de Montpellier.*) — Carpentier. Choléra infantile traité par l'injection de sérum artificiel. (*J. de méd. et chir. prat.*, 10 nov.)

Chorée. — Churton. Origine rhumatismal de la chorée. (*Brit. med. j.* 19 sept.) — Bernstein. Les troubles psychiques dans la chorée. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LIII, 4.) — Pritchard. Chorée de Sydenham, étude de 125 cas. (*Med. News*, 29 août.) — Comby. Traitement de la chorée par l'arsenic. (*Bull. méd.*, 30 août.)

Cicatrice. — Aubeau. Chéloïdes développées sur des cicatrices de vaccin. (*Bull. polyclin. hôp. intern.*, I, 8.) — Pearson. Opération de Croft pour une cicatrice du membre inférieur. (*Brit. med. j.*, 24 oct.)

Circulation. — Pachon. Sphygmographie pratique, (*Presse méd.*, 9 fév.) — Binet et Courtier. Influence des repas, de l'exercice physique, du travail intellectuel et des émotions sur la circulation capillaire de l'homme. (*Acad. des sc.*, 28 sept.)

Climat. — Dumarest. Valeur hygiénique et thérapeutique des climats d'altitude. (*Lyon méd.*, 13 sept.) — Jaruntowski. Des stations méridionales dans le traitement des maladies pulmonaires. (*All. med. cent. Zeit.*, 19 sept.) — Kellogg. New-Mexico, station sanitaire. (*J. Americ. med. Ass.*, 12 sept.)

Cœur. — Pickering. Le cœur des embryons de mammifères et de poulet, effets des courants électriques. (*J. of phys.*, XX, p. 165.) — Soulié et Reynal. L'anatomie du péricarde. (*J. de l'anat.*, sept.) — Duval. Le péricarde à la base du cœur. (*Gaz. méd. Paris*, 19 sept.) — Engelmann. Sur l'origine des mouvements du cœur et les propriétés physiologiques des grosses veines du cœur de la grenouille. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXV, p. 109.) — Samways. Sur l'influence des variations de volume de la cavité auriculaire du cœur sur le fonctionnement de l'oreillette. (*Arch. de path. exp.*, VIII, p. 596.) — Bottazzi. De la systole qui suit la pause compensatrice lors de l'excitation électrique du cœur. (*Cent. f. Phys.*, X, p. 401.) — Courtade. Sur quelques points de l'excitabilité périodique du cœur. (*Soc. de biol.*, 7 nov.) — Bottazzi. Sur le mécanisme d'action des sels de potassium sur le cœur. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 882.) — De Holowinski. Photographie des bruits du cœur. (*Ibid.*, p. 893.) — Geronzi. Compte rendu anatomo-pathologique et observation d'un cas rare d'anomalie congénitale du cœur. (*Riforma med.*, 1er sept.) — Packard. Occlusion incomplète des cloisons ventriculaire et auriculaire chez un homme de 50 ans, mort d'un abcès cérébral. (*Med. News*, 29 août.) — Maclennan. Dextrocardie sans déplacement des autres viscères. (*Brit. med. j.*, 31 oct.) — Bonne. Tuberculose et pleurésie, déviation du cœur à droite. (*Lyon méd.*, 4 oct.) — Nadejine. Lésions des capillaires du cœur dans l'hypertrophie de cet organe. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Herrick. De l'importance des signes physiques autres que le murmure dans le diagnostic des affections valvulaires du cœur. (*Medicine*, oct.) — Donetti. De la propagation de certains souffles cardiaques. (*J. des Praticiens*, 15 août.) — Tussey. Les bruits cardiaques. (*Americ. med. Bull.*, 10 oct.) — Fisher. Du bruit de galop, sa cause. (*Americ. j. of med. sc.*, sept.) — Weill. Souffle diastolique permanent de la base du cœur par compression veineuse. (*Écho méd. Lyon*, 15 sept.) — Geigel. Explication physique des souffles fonctionnels du cœur. (*Münch. med. Woch.*, 14 avril.) — Williams. De l'usage du fluoroscope dans la détermination des limites du cœur. (*Boston med. journ.*, 1er oct.) — Bell. Ménagement du cœur sénile. (*Med. News*, 26 sept.) — Leas. Affections cardiaques dans la grossesse et l'accouchement. (*Med. chronicle*, oct.) — Jaccoud. Influence du mariage et de la grossesse sur les maladies du cœur. (*Semaine méd.*, 5 sept.) — Borgherini. Sur quelques affections orificielles du cœur. (*Riforma med.*, 4 mai.) — Grippo. Des affec-

tions complexes du cœur. (*Ibid.*, juin.) — Boari. Etude des impulsions cardiaques pathologiques. (*Bull. sc. med. di Bologna*, VII.) — Elsner. Lésions graves du cœur sans signes physiques marqués. (*Med. News*, 5 sept.) — Barbier. Insuffisance fonctionnelle des valvules du cœur. (*J. des Praticiens*, 7 juillet.) — Perry. Dyspnée et asthme cardiaque. (*Occident. med. Times*, oct.) — Queirolo, Forlanini. L'insuffisance cardiaque dans les cardiopathies sans lésions valvulaires. (*Semaine méd.*, 31 oct.) — Kahn. Asystolie, cachexie cardiaque, thrombose de la veine sous-clavière droite. (*Arch. gén. de méd.*, oct.) — Cahuzac. Du thrill dans l'insuffisance aortique. (*Thèse de Paris.*) — Steell. Rare combinaison des signes physiques à la pointe dans certains cas de dilatation du cœur. (*Practitioner*, sept.) — Barozzi. Le pouls lent permanent. (*Presse méd.*, 10 oct.) — Koplik. Rétrécissement des artères pulmonaires congénital. (*N.-York Acad. of med.*, 8 oct.) — Bunzel. De la tachycardie essentielle paroxystique. (*Prager med. Woch*, 28.) — Hobbs. Relation de la symphyse cardiaque avec certains anévrismes du cœur. (*J. méd. Bordeaux*, 16 août et *Bull. méd.*, 20 sept.)—Weber et Blind. Pathogénie des myocardites. (*Rev. de méd.*, sept.) — Sainsbury. Endocardite ulcéreuse, sérothérapie streptococcique, guérison. (*Lancet*, 17 oct.) — Bosquier. Endocardite aiguë apyrétique greffée sur une endocardite chronique, accès subit d'asystolie, autopsie. (*J. sc. méd. Lille*, 19 sept.) — Gladmon. Un cas d'endocardite infectieuse. (*Med. Record*, 26 sept.) — Huchard. Traitement des endocardites infectieuses infectantes. (*Méd. mod.*, 31 oct. et *J. des Praticiens*, 24 oct.) — Huchard. Quelques principes d'hygiène cardiaque. (*J. des Praticiens*, 14 nov.) — Huchard. Notions générales sur le traitement des maladies de l'appareil circulatoire. (In-8°, 174 p., *Paris.*) — Morison. Le traitement de Schott des maladies du cœur. (*Practitioner*, sept.) — Barié. Traitement des cardiopathies par les moyens mécaniques et les pratiques hydrominérales. (*Méd. mod.*, 18 nov.) — Discussion à la Brit. Ass. sur le traitement de la faiblesse cardiaque. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Simpson. Rupture du cœur. (*Ibid.*, 12 sept.) — Spencer. Plaie du ventricule droit par coup de poignard. (*London clin. Soc.*, 9 oct.) — Turner. Des plaies du cœur, un cas de survie de 4 mois 1/2. (*Brit. med. j.*, 14 nov.)

Conjonctive. — Villard. Recherches sur l'étiologie de la conjonctive normale. (*N. Montpellier méd.*, 15 août.) — Frank. Un cas atypique de catarrhe printanier. (*Klin. Mon. f. Aug.*, août.) — Gifford. Le pneumocoque, cause fréquente de conjonctivite catarrhale aiguë. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 314.) — Vossius. De la conjonctivite membraneuse, ses rapports avec la diphtérie. (*Samml. Abhandl. aus de Gebiete d. Augenh.*, I, 1.) — Schanz. Etiologie de la conjonctivite pseudo-membraneuse. (*Arch. f. Aug.*, XXXIII, p. 224.) — Knies. Des conjonctivites blennorragiques et leur traitement (*Samml. Abhand. aus de Gebiete der Aug.*, I, 5.) — Lautenbach. La conjonctivite gonococcique et son traitement. (*J. Americ. med. Ass.*, 19 sept.) — Cazalis. Etude bactériologique de la conjonctivite granuleuse. (*Thèse de Montpellier.*) — Fedorow. Sur l'anatomie de la conjonctivite folliculaire. (*Thèse de Moscou.*)— Aurand. Granulations conjonctivales péricornéennes et tarsiennes. (*Lyon méd.*, 6 sep.) — Omettchenko. Histologie comparée des granulations. (*Vratch*, 1er août.)—Adiario. Sur les traitements chirurgicaux des diverses formes de conjonctivite granuleuse. (*Riforma med.*, 30 avril.)—Sous. Traitement des granulations conjonctivales. (*J. méd. Bordeaux*, 27 sept.)—Wagenmann. Carcinome de la conjonctive. (*Klin. Mon. f., Aug.*, août.)

Coqueluche. — Kurloff. Le parasite de la coqueluche, un protozoaire. (*Vratch*, 3.) — Ritter. De la coqueluche, 1161 cas. (68e *réun. nat. allem.*,

Franckfort, 23 sept.) — Mc Kerron. Hémorragie cérébrale dans la coqueluche. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Ferreira. La coqueluche et son traitement par le bromoforme. (*Bulletin gén. de thérap.*, 30 juin.) — Doumer. Traitement de la coqueluche par les inhalations d'ozone. (*Nord méd.*, 1er nov.)

Cornée. — Bach. Nerfs de la cornée. (*Arch. f. Aug.*, août.) — Uhthoff. Kératoscope à raies en demi-cercle. (*Klin. Mon. f. prakt. Aug.*, juill.) — Hirschberg. Les vaisseaux de nouvelle formation de la cornée, leur valeur diagnostique. (*Deut. med. Woch.*, 17 sept.) — Gallenga. De la kératite dendritique. (*Ann. di ottalm.*, XXV, p. 224.) — Nuel. Anatomie pathologique de la kératite suppurée et microbienne. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Wernicke. Un cas d'opacités cornéennes congénitales. (*Ann. d'ocul.*, oct.) — Hess. Etiologie des opacités linéaires de la cornée. (*Arch. f. Aug.*, août.) — Barabacheff. Des taches congénitales de la cornée. (*La Clin. opht.*, oct.) — Fox. Le tatouage de la cornée. (*Americ. med. Bull.*, 1er août.) — Van Duyse. Du trouble visuel par la dispersion des rayons lumineux dans les taies de la cornée. (*Arch. d'opht.*, janv.) — Neuburger. Amélioration de l'acuité visuelle par le tatouage de taches cornéennes demi-transparentes. (*Münch. med. Woch.*, 21 avril.) — Stevenson. Traitement des opacités cornéennes par l'électrolyse. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — Steiner. Cancroïde de la cornée développé au sommet d'un ptérygion. (*Centrabl. f. prakt. Augenh.*, mars.) — Szuliskaski. Des tumeurs multiples de la cornée et de la conjonctive. (*Ibid.*, oct.)

Corps étrangers. — Hammerl. Des formes cellulaires pénétrant dans les corps étrangers, chez les animaux à sang froid et de leur avenir. (*Zeigler's Beit. z. path. Anat.*, XIX, p. 1.) — Geronzi. Corps étranger du larynx, aiguille. (*Arch. ital. di Otol.*, IV, p. 529.) — Buberl. Corps étranger des bronches, mort par perforation de l'artère pulmonaire. (*Wiener med. Woch.*, 22 avril.) — Klaussner. De la pénétration de corps étrangers dans la trachée et l'œsophage. (*Wiener med. Blätter.*, 32.) — Massei. 2 obs. de corps étrangers, un de la trachée, l'autre de l'œsophage. (*Arch. ital. di laring.*, XVI, p. 125.) — Koch. Fève dans la bronche gauche d'un enfant, appréciation des symptômes cliniques fournis par les corps étrangers des premières voies aériennes. (*Ann. mal. de l'or.*, oct.) — Mc Cullagh. Corps étranger, épingle de nourrice, dans le pharynx chez un enfant. (*Brit. med. j.*, 24 oct.) — Ayling. Epingle de sûreté avalée par un enfant, rendue dans les fèces au 62e jour. (*Ibid.*, 7 nov.) — Hegemann. Une arête de poisson enlevée de la gorge d'un enfant par des manipulations digitales. (*Med. Record*, 26 sept.) — Adamück. Corps étrangers de l'orbite. (*Klin. Mon. f. prakt. Augenh.*, avril.) — Torres. Des corps étrangers de l'œil. (*Ann. d'ocul.*, oct.) — De Wecker. Les corps étrangers migrateurs de l'œil et leur extraction. (*Progrès méd.*, 5 sept.) — Asmus. Corps étrangers de la cornée et de la conjonctive. (*Wiener med. Blätter*, 32). — Williams. Un cas d'extraction du corps vitré d'un morceau de cuivre localisé par les rayons de Roentgen. (*Boston med. Journ.*, 13 août.) — Hoor. Un morceau de cuivre dans la région du corps ciliaire éliminé par abcès au bout de 2 mois. (*Wiener med. Woch.*, 15 août.) — V. Hippel. De la dégénérescence de la rétine à la suite des éclats de fer, remarques sur l'extraction par l'aimant. (*Arch. f. Opht.*, XLII, 4, p. 151.) — Hoffman. Des corps étrangers de l'oreille. (*Samml. Abhandl. aus. d. Gebiete d. Nasenk.*, I, 12.) — Courtade. Extraction d'un coquillage du conduit auditif. (*J. des Praticiens*, 5 sept.) — Lacoarret. Corps étrangers du conduit auditif. (*Ann. policlin. Toulouse*, juin.) — Miller et Reid. Déglutition d'un dentier, laparotomie, absence de corps étranger dans l'estomac, rejet le 12e jour dans les garde-robes. (*Brit. med.*

j., 24 oct.) — Mouchet. Corps étranger du rectum, morceau de bois de 31 centimètres de long, 9 centimètres de circonférence. (*Gaz. des hôp.*, 20 oct.) — Hays. Corps étrangers de l'urètre chez l'homme. (*Med. Record*, 10 oct.) — Péraire. 3 cas de corps étrangers de la main décelés par la photographie Roentgen. (*Soc. anat. Paris*, 31 juill.) — Breitung. Enlèvement d'une aiguille de la main, après un séjour de plusieurs années. (*Münch. med. Woch.*, 18 fév.)

Crâne. — Sperino et Bovero. Sur la suture métopique basilaire ou frontale-basilaire du crâne humain. (*Giorn. Accad. di Medic. Torino*, août.) — Wherry. Ostéoporose de la voûte cranienne. (*Brit. med. j.*, 19 sept.)—Diller. Hyperostose du crâne. (*Med. News*, 24 oct.) — Smith et Haslam. Fracture de la base du crâne, des maxillaires supérieur et inférieur, des os du nez et de l'os hyoïde; guérison. (*Med. Record*, 12 sept.) — Laver. Fracture de la voûte du crâne avec écoulement séreux abondant par l'oreille gauche simulant une fracture de la base, arachnite aiguë. (*Brit. med. j.*, 19 sept.) — Vallon. Traumatisme cranien suivi de troubles cérébraux avec dipsomanie. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXXV, p. 353.) — Bursagli. Un cas de blessure par arme à feu pénétrant dans la cavité cranienne. (*Settim. med.*, p. 277, 6 juin.)—Ferguson. Plaie pénétrante du crâne et du cerveau, trépanation, ablation de fragments de bois et d'esquilles osseuses. (*N.-York med. j.*, 12 sept.) — Van Arsdale. Technique de la résection temporaire du crâne. (*Ann. of surg.*, oct.) — David. Etude histologique des fragments osseux du crâne trépané après la réimplantation. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 740.) — Chipault. Intervention décompressive dans les affections non traumatiques de l'encéphale. (*10e cong. franç. de chir.*) — Doyen. Chirurgie du crâne. (*Ibid.*)

Crétinisme. — Discussion sur le crétinisme sporadique en Angleterre, son traitement. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — George. Un cas de crétinisme sporadique (*Ibid.*) — Telford-Smith. Tendance des os à s'incruster chez le crétin pendant le traitement thyroïdien. (*Ibid.*) — Koplik. Traitement du crétinisme. (*N.-York Acad. of med.*, 8 oct.)

Criminel. — Ascoli. Développement de la dent de sagesse chez les criminels. (*Arch. di psich.*, XVII, 3.) — Rossi. Une seconde centurie de criminels. (*Ibid.*) — Sighele. La criminalité des sectaires. (*Ibid.*) — De Marthis. Psychologie d'un délinquant né. (*Ibid.*)

Cristallin. — Hess. Des opacités du cristallin dans leurs rapports avec les maladies générales. (*Samml. Abhandl. aus. d. Gebiete d. Augenh.*, I, 2.) — Bistis. Cataracte traumatique avec corps étranger dans le cristallin opacifié. (*La Clin. opht.*, août.) — Ardin-Delteil. La cataracte noire. (*N. Montpellier méd.*, 18, 25 juill.) — Antonelli. Les phénomènes skiascopiques et la myopie acquise, dus à la sclérose sénile du cristallin. (*Ann. di ottalm.*, XXV, p. 291.) — Cramer. Un cas de lenticonus postérieur. (*Klin. Mon. f. Aug.*, août.) — Albrand. Etude sur 295 opérations de cataracte. (*Arch. f. Aug.*, XXXIII, p. 71.) — Weill. Aiguilles-lancettes pour les opérations de cataracte secondaire. (*Rev. gén. d'opht.*, XV, p. 338.) — Taylor. La limite d'âge pour l'opération de la cataracte. (*Lancet*, 7 nov.) — Da Gama Pinto. L'opération de la cataracte secondaire. (*Klin. Mon. f. Aug.*, sept.) — Discussion à la Brit. Assoc. sur l'opération de la cataracte. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — Rumschewitsch. Le glaucome après l'opération de la cataracte. (*Klin. Mon. f. Aug.*, juin.) — Pfingst. Mensuration de la cornée après l'opération de la cataracte. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 333.) — Oliver. Quel-

ques complications rares de l'opération de la cataracte. (*Ibid.*, XXV, p. 307.) — Dunn. Colobome congénital du cristallin. (*Ibid.*, XXV, p. 297.) — Rogman. Colobome du cristallin. (*Arch. d'opht.*, mai.) — Hoor. Luxation du cristallin, iridocyclite chronique; ophtalmie sympathique; énucléation; guérison. (*Wiener med Woch.*, 22 août.)

D

Daltonisme. — Fick. Théorie de la cécité des couleurs. (*Arch. f. ges. Phys.* LXIV, p. 313.)

Démographie. — Pawlowski. Morbidité et mortalité par la scarlatine et la diphtérie à Saint-Pétersbourg, de 1886 à 1895. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Domergue. Statistique de la mortalité à Marseille (1886-1895). (*Marseille méd.*, 1er sept.)

Dent. — Woodward. Les dents des marsupiaux, études de la première dentition. (*Anat. Anz.*, XII, p. 281.) — Launois et Branca. Sur la 3e dentition chez l'homme. (*J. de l'Anat.*, sept.) — Galippe. Nouvelles recherches sur la non-existence de l'acide urique dans le tartre salivaire et dans l'extrémité des racines de dents envahies par le tartre. (*Soc. de biol.*, 7 nov.) — Moty. Evolution vicieuse de la dent de sagesse. (*Bull. méd. Nord*, 24 juill.) — Matvieew. La carie dentaire chez les enfants des écoles. (*Vratch*, 15 août.) — Starck. Ganglions tuberculeux du cou en rapport avec des dents cariées. (*Münch. med. Woch.*, 18 fév.) — J. Merlin. Un cas d'infection septique provenant d'une carie dentaire. (*Wiener med. Blätter*, 33.) — Clifford. Les soins à donner aux dents des enfants. (*Medicine*, sept.) — Roy. Thérapeutique de la bouche et des dents, hygiène buccale et anesthésie dentaire. (In-18, 286 p., *Paris*, 1897.)

Désinfection. — Leedham-Green. Examen bactériologique sur la valeur comparée des agents employés pour la désinfection des mains (*Brit. med. j.*) 17 oct.) — Draer. Revue des 77 désinfectants chimiques expérimentés dans ces dernières années. (*Hyg. Rundsch.*, VI, 9 et 10.) — Randolph. L'alcool absolu comme désinfectant pour les instruments. (*J. Hopkins hosp. Bull.*, sept.) — Hess. De la désinfection par l'iodoforme et le xéroforme. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 678.) — Bashore. La désinfection des mains au cours de l'accouchement. (*Med. Record*, 8 août.) — Samter. La désinfection de la peau dans les méthodes antiseptiques. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 440.) — Rosenberg. De la conservation, de la désinfection et du traitement des maladies infectieuses par la formaldéhyde et ses solutions. (68e *réun. des nat. allem. Francfort*, 21 sept.) — Vaillard et Lemoine. Sur la désinfection par les vapeurs de formaldéhyde. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 481.) — Niemann. Désinfection des appartements par la formaldéhyde. (*Deut. med. Woch.*. 12 nov.)

Diabète. — Lépine. Récents travaux sur la pathogénie des diabètes. (*Rev. de méd.*, oct.) — V. Struempell. Etiologie du diabète et de la glycosurie alimentaire. (*68e réun. des natur. allemands, Francfort*, 25 sept.) — Dreyfus-

Brisac. Du diabète transitoire à répétition. (*Semaine méd.*, 11 nov.) — Hezel. Du diabète sucré. (*Schmidt's Jahrb.*, CCLII, p. 186.) — Mackintosh. Diabète pancréatique. (*Lancet*, 24 oct.) — Condamy. Diabète maigre à marche rapide. (*Poitou méd.*, 1er sept.) — Kausch. Sur le diabète sucré chez l'oiseau (canard, oie) après l'extirpation du pancréas. (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, XXXVII, p. 274.) — James. Le sang dans le diabète sucré. (*Edinb. med. J.*, sept.) — Williamson. Méthode simple pour diagnostiquer le sang diabétique ou non. (*Brit. med. j.*, 19 sept.) — Fornaca et Micheli. Quelques recherches sur l'acidimétrie de l'estomac et l'alcalimétrie du sang dans le diabète. (*Riforma med.*, 13 juillet.) — Ferrannini. Existe-t-il chez les diabétiques un excès protopathique ou autonome dans la décomposition des matériaux azotés. (*Ibid.*, 20 août.) — Heimann. Névrose traumatique et diabète sucré. (*Münch. med. Woch.*, 14 avril.) — Fraser. Un cas de névrite diabétique avec examen microscopique des nerfs et des muscles. (*Edinburgh med. journ.*, oct.) — Allen. Quelques dermatoses diabétiques. (*Med. News*, 24 oct.) — Robertson. Diabète insipide par lésion du 4e ventricule, électrisation de la moelle allongée, guérison. (*Brit. med. j.*, 19 oct). — Pfaff. Traitement du diabète sucré. (*Boston med. journ.*, 3 sept.) — Boulland. Traitement du diabète. (*Limousin méd.*, sept.) — Pradines. Du traitement du diabète. (*Thèse de Toulouse.*) — Thornton. De l'influence rapide du régime sur le diabète. (*Brit. med. j.*, 14 nov.) — Nehring et Schmoll. Influence des hydrates de carbone sur les échanges vasculaires chez les diabétiques. (*Zeit. f. kl. Med.*, XXXI, p. 59.) — Banes. Sur le pain administré aux diabétiques. (*Norsk. Mag.*, juin.) — De Renzi et Reale. La lévulose dans le diabète. (*Semaine méd.*, 31 oct.) — Dunlop. Valeur diététique de la graisse dans le diabète. (*Edinb. med. j.*, nov.) — Mossé. Traitement du diabète. (*Bull. méd.*, 2 sept.) — Maurel. Traitement du diabète arthritique par le dosage de l'alimentation. (*Ibid.*) — West. Le nitrate d'urane contre le diabète. (*Ther. Gaz.*, 15 sept. et *Brit. med. j.*, 19 sep.). — Burton. Diabète traité par le nitrate d'urane. (*Brit. med. j.*, 26 sept.)

Diphtérie. — Coyne. Sur quelques faits de diphtérie aux sourdes-muettes de Bordeaux. (*Cong. Ass. franç., Tunis.*) — Hill. Remarques sur la diphtérie. (*Lancet*, 12 sept.) — Wilbur. Etude statistique sur la mortalité par diphtérie dans l'Etat de Michigan de 1870-94. (*J. Americ. med. Ass.*, 15 août.) — Variot. Contagion hospitalière de la diphtérie. (*J. de clin. inf.*, 15 oct.) — Ferré. Diphtérie aviaire. (*J. méd. Bordeaux*, 16 août.) — Bonnet. Sur une épidémie de diphtérie. (*Thèse de Montpellier.*) — Marcuse. Statistiques de diphtérie. (*Thèse de Leipsig.*) — Fraigniaud. A propos d'un cas de diphtérie. (*France méd.*, 24 juill.) — Mya. La phase initiale de l'infection diphtéritique. (*Settimana med.*, 25 janv.) — Hennig. Quelle valeur a, dansl a pratique, le bacille diphtérique? (*Samml. klin. Vorträge*, n° 157.) — Kanthack. Du bacille diphtérique ramifié. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 296.) — Mueller. Présence du bacille diphtérique dans la cavité buccale d'enfants non diphtériques dans les salles de malades. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIII, p. 53.) — Nikanoroff. Sur la toxine et l'antitoxine diphtériques. (*Vratch*, 1er août.) — Wood. Production d'antitoxines diphtériques puissantes. (*Lancet*, 24 oct.) Löhr. De l'immunisation contre la diphtérie. (*Jahr. f. Kind.*, XLIII, p. 66.) — Geyer. Un cas de paralysie post-diphtérique. (*Ibid.*, p. 83.) — Major. Névrite multiple aiguë bilatérale consécutive à une attaque de diphtérie. (*Med. Record*, 5 sept.) — Moll. 150 cas de paralysies de l'accommodation post-diphtériques. (*Cent. f. prakt. Aug.*, janv.) — Manicatide. Sur les paralysies d'origine centrale, suite de la diphtérie. (*Revue mal. de l'enfance*, oct.) — Corradi. Angine et croup à l'hôpital de Vérone, 44 cas, 18 morts. (*Arch. ital. di otol.*, IV, p. 437.) — Ghika. Diphtérie intense du pharynx.

(*J. de clin. inf.*, 15 oct.) — Bayeux. Angine diphtérique légère avec croup très membraneux, écouvillonnage, guérison. (*J. de clin. inf.*, 1er oct.) — Ghika. Diphtérie moyenne du pharynx et croup. (*Ibid.*) — Richards. Diphtérie post-scarlatineuse. (*Lancet*, 26 sept.) — Riley. Diphtérie compliquée de broncho-pneumonie et d'emphysème cutané traitée par l'antitoxine, guérison. (*Lancet*, 3 oct.) — Hartmann. De la pleurésie dans la diphtérie. (*Thèse d'Iéna.*) — Huels. Du traitement local de la diphtérie. (*Ther. Mon.*, sept.) — Horowitz. La pilocarpine dans les maladies pseudo-membraneuses. (*Wiener med. Woch.*, 8 août.) — Lueddeckens. Du cyanure de mercure dans la diphtérie. (*Ther. Mon.*, nov.) — Bokenham. Le sérum antidiphtérique et sa préparation. (*Brit. med. j.*, 3 oct.) — Nicolle. Mode d'action et mode d'emploi du sérum antidiphtéritique. (*Normandie méd.*, 15 sept.) — Dessaux. Sur la perte des propriétés thérapeutiques du sérum antidiphtéritique conservé. (*Ibid.*, 1er sept.) — Soerensen. La sérothérapie de la diphtérie. (*Hosp. Tidende*, IV, p. 73.) — Monti. Sur l'emploi du sérum antidiphtérique. (*Arch. f. Kind.*, XXI, 1. — Gramatchikoff. Sur l'influence de la conservation et de la température sur les propriétés curatives du sérum antidiphtérique. (*Journ. méd. milit. russe*, sept.) — Sidney Martin. La sérothérapie de la diphtérie. (*Lancet*, 17 oct.) — Hoche. La diphtérie à l'Hôtel-Dieu de Reims, sérothérapie et intubation, résultats. (*Union méd. Nord-Est*, 30 sept.) — Wierhoff. Le sérum antidiphtérique à l'hôpital de Riga. (*St-Petersb. med. Woch.*, 24 oct.) — R. Petit. Le sérum antidiphtérique de Roux ; effets physiologiques et cliniques. (*Thèse de Paris.*) — Gevaert. Une statistique de sérothérapie antidiphtérique, 24 cas, 13 guérisons. (*Soc. belge d'otol.*, 7 juin.) — D'Aguanno. Sur la sérothérapie dans la diphtérie à propos d'un cas de croup primitif. (*Riforma med.*, 5 juin.) — Abba. La première année de traitement par le sérum antidiphtérique à Turin. (*Ibid.*, 30 mai.) — Baginsky. Sérothérapie de la diphtérie à l'hôpital Kaiser-Kaiserin-Friedrich de Berlin. (*Med. Record*, 8 août.) — Mc Collom. L'antitoxine dans le traitement de la diphtérie. (*Boston med. j.*, 13 août.) — Virneisel. De la sérumthérapie de la diphtérie. (*Münch. med. Woch.*, 12 mai.) — Clessin. Du traitement de la diphtérie avec le sérum de Behring. (*Ibid.*, 18 fév.) — Fürth. Sur 150 nouveaux cas de diphtérie traités par le sérum de Behring. (*Ibid.*, 21 juill.) — Sektoroff. Valeur thérapeutique et prophylactique du sérum antidiphtérique. (*Rev. de méd. russe*, 19.) — Kalmikoff. Le sérum dans le croup. (*Ibid.*) — Russell. 17 cas de diphtérie sans mort, 15 traités par l'antitoxine. (*Lancet*, 7 nov.) — Boyer. Un cas de diphtérie maligne traitée par le sérum antidiphtérique ; guérison rapide. (*Med. Record*, 26 sept.) — Variot. Action du sérum antidiphtérique sur le rein. (*J. de clin. inf.*, 29 oct.) — Batista. Ralentissement du pouls après l'injection de sérum antidiphtérique. (*Gaz. d. Osped.*, 23 août.) — Menguy. Accidents après injection de sérum de Roux et traitement médical de l'angine couenneuse et du croup d'emblée. (*Indép. méd.*, 2 sept.) — King. Une crise convulsive consécutive à une injection de sérum antidiphtérique. (*Boston med. journ.*, 24 sept.) — Rosenberg. Un cas d'empoisonnement par le sérum antidiphtérique. (*Med. Record*, 26 sept.) — De La Mallerée. Parallèle entre le tubage et la trachéotomie dans la diphtérie. (*Centre méd.*, 1er sept.) — Castelain. Parallèle de la trachéotomie et du tubage chez les enfants atteints du croup. (*Bull. méd. Nord*, 10 juill.) — Abarnou. Le traitement du croup à la campagne par l'intubation. (*Thèse de Paris.*) — Variot. Indications de l'intervention opératoire dans le croup. (*Abeille méd.*, 17 oct.) — Variot. Indications de l'intervention opératoire dans le traitement du croup. (*J. de clin. inf.*, 24 sept.) — Variot. Interventions dans le croup en cas de mort apparente. (*Ibid.*, 1er oct.) — Kellock. Le tubage au lieu de la trachéotomie dans la diphtérie. (*Lancet*, 3 oct.) — Zapparoli. Le

tubage dans le croup. (*Boll. mal. dell' Orecchio*, XIV, p. 171.) — D'Astros. L'intubation du larynx dans le croup avant et depuis la sérothérapie. (*Rev. mal. de l'enfance*, sept.)

E

Eau. — Grettrer. De la purification de l'eau. (*Arch. f. Hyg.*, XXVII, 3.) — Flinn. L'approvisionnement de l'eau en Irlande rurale. (*Dublin Journ.*, août.) — Epley. L'eau pure. (*J. Americ. med. Ass.*, 22 août.) — Defontaine. L'eau du lac de Genève à Paris. (*Gaz. des hôp.*, 6 oct.) — Martin. Rapport sur le concours ouvert par la ville de Paris pour l'épuration ou la stérilisation des eaux de rivière destinées à la boisson. (*Rev. d'hyg.*, XVIII, p. 289.) — Ambrosius. La protection des cours d'eau contre les causes d'infection. (*Deut. Viertelj. f. œffentl. Gesund.*, XXVIII, p. 314.) — Lehmann. L'infection de la Saale à Hoff; causes et remèdes. (*Ibid.*, XXVIII, p. 388.) — Barbet et Jandrier. Recherche et dosage des nitrites dans les eaux. (*J. de pharm.*, 15 sept.) — Boyland. Les propriétés dissolvantes des eaux de Buffalo. (*N.-Y. med. j.*, 22 août.) — Von Freudenreich. Examen bactériologique des eaux au point de vue du colibacille. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 522.) — Mc Weeney. Examen bactériologique de l'eau fournie aux baraquements militaires de Dublin. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Scofone. Examen bactériologique de l'eau de neige, des torrents et des lacs. (*Arch. per. sc. med.*, XX, 3.)

Eau minérale. — Linossier. Action des eaux minérales sur la nutrition. (*Bull. méd.*, 4 oct.) — Janicot. Que doit-on entendre par cure thermale? Rôle respectif de la médication thermale et des médications accessoires. (*Ibid.*, 7 oct.) — Althaus. Apenta et autres eaux amères. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — Cep. De l'action des bains d'eaux chlorurées sodiques sur la nutrition. (*Thèse de Toulouse.*) — V. Hintzen. Stations balnéaires de l'Egypte. (*St-Petersb. med. Woch.*, 31 oct.) — Lestage. Sur les eaux thermo-minérales de Hammam M'zara. (*Arch. d'hydrol.*, oct.) — Delastre. Des hépatiques aux eaux de Brides-les-Bains. (*Ibid.*) — Huguet. Stérilisation et embouteillage des eaux minérales. (*Cent. méd.*, 1er nov.)

Éclampsie. — Buscarlet. Hystérie et éclampsie. (*Semaine méd.*, 16 sept.) — Favre et Pfyffer. 6 observations chirurgicales et 1 cas d'éclampsie gravide avec autopsie. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLI, 2.) — Favre et Barbezat. Sur un cas d'éclampsie puerpérale. (*Ibid.*, CXLII, 3.) — Hanemann. 2 cas d'éclampsie puerpérale chez des jumelles. (*Münch. med. Woch.*, 29 mai.) — Halbertsma. Traitement de l'éclampsie. (*Wiener med. Woch.*, 10 oct.) — Charpentier, Halbertsma, Mangiagalli et Byers. Traitement de l'éclampsie. (*Cong. de gyn.*, *Semaine méd.*, 16 sept.) — Charpentier. Traitement de l'éclampsie. (32 p., *Genève.*) — Mangiagalli. Traitement de l'éclampsie. (*Ann. di Ostet.*, sept.) — Clowes. Eclampsie puerpérale traitée par l'hyoscine. (*Lancet*, 3 oct.) — Gibson. Eclampsie puerpérale sans symptômes rénaux, saignée, guérison. (*Lancet*, 24 oct.) — Thomason. Prophylaxie et traitement de l'éclampsie puerpérale. (*J. Americ. med. Ass.*, 1er août.)

Écriture. — Allen. Ecriture en miroir. (*Brain*, n° 74.) — Lochte. Valeur clinique de l'écriture en miroir. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 379.)

Eczéma. — Ruyssen. Eczéma professionnel chez un bicycliste. (*Bull. méd. Nord*, 10 juill.) — Alger. Causes et traitement de l'eczéma infantile. (*Americ. med. Bull.*, 1er août.)

Électricité. — Bordier. Précis d'électrothérapie. (In-18, 599 p., Paris, 1897.) — Bordier. Etude critique et expérimentale sur la topographie de la sensibilité électrique de la peau. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 sept.) — Lecercle. De l'évaporation cutanée chez le lapin, ses modifications sous l'influence de l'électrisation. (*Ibid.*) — Tripier. Franklinisation. (*Ibid.*) — Verworn. Excitation polaire de la substance vivante par le courant constant. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXV, p. 87.) — Loeb et Gerry. Théorie du galvanotropisme. (*Ibid.*, LXV, p. 41.) — Spehl et Sano. La résistance électrique du corps humain. (*Rev. int. d'élect.*, août.) — Marina. De la réaction électrique neurotonique. (*Neurot. Cent.*, 1er sept.) — Truchot. L'électrolyse médicale. (*Centre méd.*, 1er sept.) — Nickerson. Emploi thérapeutique de l'électricité statique. (*Ther. Gaz.*, 15 août.) — Kratter. La mort par l'électricité. (*Vienne.*) — Foveau de Courmelles. L'électrothérapie oculaire. (*Clin. opht.*, oct.) — Plicque. L'électrothérapie dans les maladies des nerfs. (*J. des Praticiens*, 3 oct.) — P. Cornet. L'éclairage électrique de l'estomac. (*Progrès méd.*, 5 sept.) — De Martigny. Les bains électriques et la dyspepsie. (*Americ. med. Bull.*, 10 oct.) — Weiss. Traitement électrique des maladies de l'estomac et de l'intestin. (*Cent. f. ges. Ther.*, sept.) — Wihte. Traitement électrique des affections de l'utérus, de la mamelle. (*Brit. med. j.*, 24 oct.) — Veyrier. De la part qui revient aux courants faradiques dans le traitement des fibromes de l'utérus. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 oct.) — Rosenzweig. Electrode vaginal de Ratchinski. (*Vratch*, 5 sept.) — Lévy. Technique de l'électrolyse en dermatologie. (*J. de méd. Paris*, 13 sept.

Embolie. — Kassianoff. Sur l'embolie pulmonaire par les cellules géantes du placenta. (*Vratch*, 3 oct.) — Tiesenhausen. Embolie de l'artère pulmonaire pendant les suites de couches, mort. (*St-Petersb. med. Woch.*, 17 oct.)

Embryologie. — Janosik. De l'atrophie du follicule et d'une curieuse rétention de l'œuf. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 169.) — Féré. Les rapports du poids de l'œuf et de la durée de l'incubation chez la poule et le canard. (*Soc. de biol.*, 12 nov.) — Fischel. De la variabilité et de l'accroissement des corps embryonnaires. (*Morphol. Jahrb.*, XXIV, p. 369.) — Ravn. Formation de la cloison transversale chez l'embryon de poulet. (*Arch. f. Anat.; Anat. Abth.*, p. 157.) — Duval. La segmentation et la formation du blastoderme. (*Ann. de gyn.*, oct.)

Empoisonnement. — Straub. De la glycosurie dans l'empoisonnement par CO. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVIII, p. 139.) — Discussion à la Brit. Assoc. sur l'empoisonnement par le charbon. (*Brit. med. j.*, 3 oct.) — Jones. Empoisonnement par CO. (*Ibid.*, 14 nov.) — Burton-Fanning. Empoisonnement par les gaz d'égout. (*Lancet*, 24 oct.) — Birot. Accidents survenus à la suite d'une injection de cocaïne. (*Rev. odont.*, août.) — Broeckaert. Des accidents par la cocaïne et d'un effet vésicant remarquable par application de cocaïne sur la peau. (*Belgique méd.*, 17 sept.) — Mattison. Diagnostic du morphinisme. (*Med. Record*, 22 août.) — Auerbach. Etude médico-légale sur l'empoisonnement par la morphine, suivi de mort. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XI, p. 253.) — Gilles de la Tourette. La morphinomanie et son

traitement. (*Bull. méd.*, 14 oct.) — Wetterstrand. Traitement des intoxications chroniques (opium, cocaïne, chloral) par l'hypnose et la suggestion. (*Hygiea*, I, p. 363.) — O'Brien. Empoisonnement mortel par absorption par erreur d'un liniment belladoné. (*Lancet*, 14 nov.) — Berggruen. Empoisonnement par les bains de belladone. (*Arch. f. Kinderh.*, XXI, 4.) — Tedeschi. Empoisonnement expérimental par la ricine. (*Semaine méd.*, 31 oct.) — Foster. Empoisonnement par la scopolamine. (*Med. News*, 12 sept.) — Valude. Phénomènes d'intoxication par un nouvel agent mydriatique, la scopolamine. (*Soc. de méd. lég.*, 9 nov.) — Grasset. Empoisonnement par injection d'un liniment composé de chloroforme, belladone, jusquiame et opium. (*Ibid.*) — Attlee. Empoisonnement par le chanvre indien. (*Brit. med. j.*, 3 oct.) — Walker. Empoisonnement par le chanvre indien. (*Ibid.*, 7 nov.) — Geiser. Empoisonnement par le cannabis indica. (*Med. Record*, 10 oct.) — Longuet. Des accidents d'intoxication en masse par la pomme de terre. (*Arch. de méd. mil.*. oct.) — Kebler. Empoisonnement par du miel. (*Med. and surg. Rep.*, 12 sept.) — Brosch. De l'empoisonnement par les poissons. (*Der Militärarst*, p. 75.) — Steinhardt. Idiosyncrasie par l'antipyrine. (*Ther. Monats.*, nov.) — Brindley. Empoisonnement par l'antifébrine. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Witthauer. 1 cas d'empoisonement par la benzine. (*Münch. med. Woch.*, p. 915, 29 sept.) — Johannessen. D'un cas d'intoxication par le pétrole avec issue mortelle chez une fillette de 2 ans. (*Norsk Mag.*, juin.) — Hearder. Empoisonnement par le sulfonal dans un cas de mélancolie agitée. (*Lancet*, 14 nov.) — Beunat. Traitement de l'empoisonnement par l'acide phénique. (*Gaz. hebd. Paris*, 30 juill.) — Gamble. Empoisonnement par l'acide phénique. (*Brit. med. j.*, 29 août.) — Catrin. La toxicité de l'acide borique. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 juill.) — Gurrieri. Empoisonnement expérimental par l'acétate d'urane, dégénérescence systématique de la moelle. (*Riv. di patol. nerv.*, I, p. 291.) — Erdtmann. 1 cas d'empoisonnement par l'acide oxalique. (*Med. Record*, 26 sept.) — Isaacs. L'intoxication par le chlorate de potasse. (*Americ. med. Bull.*, 22 août.) — Romanoff. 1 cas d'intoxication par le sel de Berthollet avec embolies graisseuses dans les poumons et dans les autres organes. (*Vratch*, 10 oct.) — C. Horneffer. 1 cas d'élimination de la muqueuse œsophagienne sous la forme d'un cylindre à la suite de l'empoisonnement par l'acide sulfurique. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXLIV, 2.) — Williams. Empoisonnement par le sublimé pendant l'accouchement. (*Ther. Gaz.*, 15 oct.)

Enfant. — Variot. Sur le développement physiologique de l'intestin et des glandes annexes chez l'enfant. (*J. de clin. inf.*, 27 août.) — Delassus. La couveuse d'enfants de Diffre. (*J. de méd. Lille*, 29 août.) — Colrat. Nouvelle couveuse pour enfants. (*Lyon méd.*, 6 sept.) — Robertson. La nourriture de l'enfant. (*Edinb. med. j.*, nov.) — Bendix. Des échanges nutritifs chez le nouveau-né. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIII, p. 23.) — Saint-Philippe. Du gavage par la voie nasale des enfants débiles ou atteints de lésions de la bouche. (*Bull. méd.*, 15 avr.) — Marfan. Alimentation des nourrissons malades. (*Gaz. hebd. Paris*, 9 juill.) — Adsersen. Sur le poids des nourrissons malades. (*Nord. med. Arkiv*, VI, 13.) — Fenwick. Pathogénie du marasme infantile. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — Gottstein. Rapports entre les épidémies et la mortalité infantile. (*Hyg. Rundsch.*, 1er oct.) — Secheyron. Les infections fœtales intra-utérines. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 sept.) Ireland. La folie chez les enfants. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — Ireland. Observations sur les affections mentales chez les enfants. (*Edinb. med. j.*, sept.) — Romme. La tétanie chez les enfants. (*Rev. mal. de l'enf.*, nov.) — Douillet. Diplégie cérébrale infantile d'origine familiale. (*Dauphiné méd.*,

août.) — Ausset. Ophtalmoplégie externe bilatérale compliquée d'une hémiplégie droite chez un enfant de 12 ans. (*Bull. méd.*, 6 sept.) — Hauser. Cœur de bœuf chez un enfant de 11 mois. (*Deut. med. Woch.*, 29 oct.) — Toustu. De la grippe chez les enfants. (*Thèse de Montpellier.*) — Milton. La toux pharyngée chez l'enfant. (*J. de méd. Paris*, 8 nov.) — Dennig. De la tuberculose chez l'enfant. (*Leipzig.*) — Gérard. De la pleurésie séreuse chez les enfants. (*Clin. Bruxelles*, 29 oct.) — Albarel et Bobeau. Broncho-pneumonie chez l'enfant pouvant simuler une méningite tuberculeuse, guérison. (*J. de clin. inf.*, 17 sept.) — Rochon. Pneumococcie infantile. (*Ibid.*, 15 oct.) — Simon. Traitement de la broncho-pneumonie chez l'enfant. (*Abeille méd.*, 24 oct.) — Comby. Traitement de la pneumonie franche chez l'enfant. (*Méd. mod.*, 10 oct.) — Mc Clanahan. Le scorbut infantile. (*Med. Record*, 3 oct.) — Shaw. Hématémèse et melœna infantiles. (*Brit. med. j.*, 14 nov.) — Finkelstein. Sténose congénitale du pylore chez un nouveau-né. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIII, p. 105.) — Grau. Des sténoses congénitales du pylore. (*Ibid.*, p. 118.) — Carter. La dyspepsie fonctionnelle des enfants. (*J. Americ. med. Ass.*, 10 oct.) — Robin. Traitement de la dyspepsie des nouveau-nés. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 juill.) — Dürck. De l'infection intra-utérine typhique et mixte d'un fœtus viable. (*Münch. med. Woch.*, 8 sept.) — Keller. L'excrétion d'ammoniaque dans la gastro-entérite des nourrissons. (*Cent. f. inn. Med.*, 17 oct.) — Jolly. Purpura hémorragique chez un nouveau-né syphilitique, hémorragies gastro-intestinales, mort, ulcération de l'intestin grêle. (*Rev. mal. de l'enf.*, nov.) — Comby. La septicémie gastro-intestinale aiguë dans la seconde enfance. (*Méd. mod.*, 11 nov.) — Macfadyen. Bactériologie de la diarrhée infantile. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Murray. Suites de la typhlite chez les enfants. (*Brit. med. j.*, 19 sept.) — Eustache. Hémorragie intestinale des nouveau-nés. (*J. sc. méd. Lille*, 19 sept., et *Abeille méd.*, 10 oct.) — Watu. Les diarrhées infantiles et leur traitement par la diète hydrique. (*Thèse de Paris.*) — Solis-Cohen. Le benzo-naphtol et le salicylate de bismuth contre les diarrhées estivales de l'enfance. (*Med. News*, 22 août.) — Hock. Traitement médicamenteux du catarrhe intestinal des nourrissons. (*Wiener med. Blätter.*, 30.) — Dessau. La valeur de l'acide phénique dans quelques affections catarrhales des enfants. (*Med. Record*, 12 sept.) — Jolly. Rates surnuméraires chez l'enfant. (*Rev. mal de l'enf.*, sept.) — Rolleston. La cirrhose du foie chez l'enfant. (*Clin. journ.*, 9 sept.) — Cohn. Sur les infections septico-pyémiques des nouveau-nés d'origine ombilicale et de leur prophylaxie. (*Therap. Monat.*, mars et avr., p. 130-192.) — Wilson. Diabète chez les jeunes enfants. (*Lancet*, 14 nov.) — Mueller. De la leucémie aiguë chez l'enfant. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIII, p. 130.) — Mederic Caillaud. Des gangrènes infectieuses disséminées de la peau chez les enfants. (*Gaz. hebd. Paris*, 2 août.) — Schweiger. Quelques cas de lithiase rénale chez des enfants. (*Wiener med. Woch.*, 12 sept.) — Finkelstein. De la cystite chez les nouveau-nés. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIII, p. 130.) — Clopatt. Un cas de bactériurie chez une enfant. (*Rev. méd. de l'enf.*, oct.) — Steinmeyer. Invagination iléo-colique chez un enfant de 6 mois, guérison. (*68e réun. natur. allem.*, 25 sept.) — Sutcliff. Invagination chez un enfant de 8 mois. (*Lancet*, 7 nov.) — Elliot. Laparotomie et opération de Kraske chez un enfant de 2 jours pour imperforation du rectum. (*Med. News*, 17 oct.) — Panzani. Sur l'enfoncement cranien chez le nouveau-né. (*Thèse de Toulouse.*) — Rovsing. De l'arthrite et de l'ostéite tuberculeuse chez les tout jeunes enfants. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 620.) — Garrod. Une forme d'affection chronique des articulations chez l'enfant. (*Royal med. Soc.*, 10 nov.) — Ramm. Sarcome du rein chez un enfant de 2 ans, néphrectomie, guérison. (*Norsk mag. f. Lægevid*, oct.) — Winokouroff.

Sarcome multiple chez une enfant de 12 ans. (*Arch. f. Kind.*, XXI, 1.)

Épilepsie. — Langdon. Epilepsie et autres maladies convulsives. (*J. of nerv. dis.*, sept.) — Van Brero. Sur l'amok. (*Ann. méd. psych.*, nov.) — Devic et Roux. Trépidation épileptoïde. (*Prov. méd.*, 10 oct.) — Verrier. De l'épilepsie. (*Rev. int. de thérap.*, 17 août.) — De Rouhi. Epilepsie et descendance masculine dans une famille d'agriculteurs. (*Arch. di psich.*, XVII, 3.) — Carrara. Impulsions irrésistibles des épileptiques. (*Ibid.*, XVII, 3.) — Ferris. De l'épilepsie psychique. (*Med. News*, 5 sept.) — Kirn. L'épilepsie et les états mentaux épileptiques devant la justice. (*Münch. med. Woch.*, 21 janv.) — Alzheimer. De l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LIII, 4.) — Morison. 2 cas d'épilepsie jacksonienne opérés; nouveau moyen de délimiter la scissure de Rolando. (*Brit. med. j.*, 17 oct.) — Harris. De l'épilepsie jacksonienne. (*Lancet*, 24 oct.) — Bailey. Diagnostic de l'épilepsie vraie. (*Americ. med. Bull.*, 8 août.) — Peterson. Colonies pour épileptiques. (*Med. Record*, 19 sept.) — Clark. La colonie de Craig pour épileptiques. (*Americ. med. Bull.*, 8 août.) — Clark. Sur la méthode de Flechsig dans le traitement des épileptiques. (*Ibid.*, 25 juillet.) — Robinson. Emploi du nitrite d'amyle dans l'état épileptique. (*Lancet*, 3 oct.) — Roche. Bromure de strontium dans l'épilepsie. (*Ibid.*, 26 sept.) — Collins. Pathologie de l'épilepsie, 2 cas dans lesquels une portion de l'écorce cérébrale a été excisée et examinée. (*Brain*, n° 74.) — Zeidler. 3 cas de trépanation du crâne dans l'épilepsie jacksonienne. (*Gaz. hôp. de Botkine.*) — Braun. Traitement chirurgical de l'épilepsie jacksonienne traumatique. (*65e Réun. nat. allem., Francfort*, 21 sept.) — Sachs et Gerster. Le traitement chirurgical de l'épilepsie focale, analyse de 19 cas. (*Amer. j. of med. sc.*, oct.) — Koch. Epilepsie guérie par la trépanation. (*Ugeskr. f. Laeger*, III, p. 385.) — Weissberger. Sur 2 cas d'épilepsie corticale guérie chirurgicalement. (*Münch. med. Woch.*, 21 avr.) — Czerny. Epilepsie jacksonienne guérie par l'enlèvement d'un sarcome fasciculé subdural. (*Ibid.*, 17 mai.) — Pic et Piéry. Etat de mal épileptique, trépanation, mort. (*Province médic.*, 24 oct.)

Épithélioma. — Du Castel. Traitement des épithéliomes de la face par les applications de bleu de méthylène. (*Soc. de thér.*, 11 nov.) — Ramon y Cajal. Etudes histologiques sur les tumeurs épithéliales. (*Revista trim. micrografica*, I, août.)

Épithélium. — Moreau. De la vitalité des épithéliums et des conséquences pratiques qui en découlent. (*J. méd. Paris*, 1er nov.) — Power. Modifications des cellules épithéliales dans la maladie. (*J. of pat. and bact.*, IV, p. 69.)

Érysipèle. — Castaneda. De l'érysipèle primitif dans les inflammations aiguës et septiques de la gorge. (*Rev. hebd. de lar.*, 10 oct.) — Zeller. Remarques sur le cas d'abcès gazeux multiples à la suite d'érysipèle. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXLIII, 3.)

Estomac. — Muggia. La capacité et la situation de l'estomac chez les enfants. (*Giorn. acad. med. Torino*, juin.) — Ducceschi. Sur les fonctions motrices de l'estomac. (*Gaz. d. Osped.*, 4 oct.) — Benedict. L'aspiration et l'examen chimique du contenu stomacal. (*Med. News*, 24 oct.) — Klug. De la digestion de la pepsine. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXV, p. 330.) — Bial. Mécanisme des fermentations gazeuses de l'estomac. (*Arch. f. exper. Path.*, XXXVIII, p. 1.) — Hervouet. Sur le chimisme stomacal au point

de vue clinique. (*Bull. méd.*, 13 sept.) — Devic et Roux. Type nouveau de déviation du chimisme gastrique. (*Province méd.*, 17 oct.) — Cornet. Sur l'éclairage électrique de l'estomac. (*Rev. int. d'élect.*, août.) — Revitzoff. L'éclairage de l'estomac (gastrodiaphanoscopie) dans la gastroptose. (*J. des Praticiens*, 6 juin.) — Kuhn. Le sondage du pylore par la bouche, chez l'homme vivant. (*Münch. med. Woch.*, p. 674, 21 juill.) — Ferrannini. Pseudo-gastropathes, deutérogastropathes, crypto-gastropathes. (*Riforma med.*, 31 juill.) — Clozier. Toxhémie des gastro-entéropathes. (*Bull. méd.*, 22 juill.) — Garrigues. Des dyspepsies hypo et hypersthéniques. (*Thèse de Montpellier.*) — Walker. Dyspepsie végétale. (*Ther. Gaz.*, 15 sept.) — Strauss. 1 cas de dyspepsie, estomac renfermant HS et indol et le bacille coli en abondance. (*Berl. klin. Woch.*, 4 mai.) — Agéron. Des états anémiques sous la dépendance de la gastro-entérite. (*Ibid.*, p. 427, 11 mai.) — Gardner. La maladie de Glénard. (*Med. Chronicle*, oct.) — Baron. Sur 1 cas d'hyperpepsie avec hyperchlorhydrie tardive et liquide résiduel. (*J. des Praticiens*, 31 oct.) — Fiessinger. Un traitement des dyspepsies. (*Ibid.*, 14 nov.) — Camescasse. Dilatation de l'estomac : repas rares et copieux. (*Ibid.*, 18 juill.) — Ferrannini. Pathogénie et signification clinique de la gastrectasie. (*Riforma med.*, 17 sept.) — Dowd. Dilatation de l'estomac simulant une ascite. (*N.-York pathol. Soc.*, 27 mai.) — Lauenstein. 1 cas d'estomac en bissac traité par l'opération de Wolfler. (*Münch med. Woch.*, 26 mai.) — Hayem. Classement des variétés anatomiques des gastrites. (*Soc. méd. des hôpit.*, 24 juill.) — Lancaster. Varices de l'estomac, rupture, hématémèse mortelle. (*London clin. Soc.*, 23 oct.) — Yourman. Traitement des crises gastriques des tabétiques par l'oxalate de cérium. (*Vratch*, 8 août.) — Robin. Traitement des troubles gastriques dus aux fermentations anormales dans l'estomac. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mai.) — Witthauer. Traitement de l'ulcère rond de l'estomac par le bismuth ; traitement de l'hyperacidité de la dilatation et de l'entéroptose. (*Ther. Mon.*, oct.) — Schuele. Du diagnostic précoce du cancer de l'estomac. (*Münch. med. Woch.*, p. 862, 15 sept.) — Letulle. Carcinose péritonéo-intestinale secondaire à un cancer de l'estomac. (*Soc. anat. Paris*, 24 juill.) — O'Neill. Vomissements de grosses masses cancéreuses. (*Lancet*, 3 oct.) — Hammerschlag. Recherches sur le cancer de l'estomac. (In-8°, 56 p., *Berlin.*) — Scloyen. De la présence d'une larve de cossus dans l'estomac humain. (*Norsk Mag.*, juin.) — Nicodemi. Observations de chirurgie gastrique. (*Riforma med.*, 29 oct.) — Marwedel. Technique de la gastrostomie. (*Brit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 56.) — Bidwell. Un point de l'opération de gastrostomie. (*Brit. med. j.*, 24 oct.) — Schnitzler. Technique de la gastrostomie. (*Wiener klin. Rundsch.*, 30.) — Meyer. 1 cas de gastrostomie par le procédé de Kader. (*N.-York med. j.*, 7 nov.) — Schreiber. De la gastrectasie (68e *réun. natur. allem. Francfort*, 23 sept.) — Jaboulay. Nouveaux faits de chirurgie stomacale, estomac biloculaire ; résultats des opérations pratiquées sur l'estomac. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 641.) — Bevan. De l'opération précoce dans la dilatation de l'estomac due à de l'obstruction pylorique ou duodénale. (*Lancet*, 26 sept.) — Taylor. Perforation d'un ulcère de l'estomac sans opération, guérison. (*Ibid.*, 10 oct.) — Klaussner. Traitement opératoire de l'ulcère de l'estomac. (*Münch. med. Woch.*, p. 863, 15 sept.) — Noorden. 2 interventions chirurgicales pour des suites d'ulcère stomacal. (*Ibid.*, p. 817, 1er sept.) — Morison. 4 cas de pyloroplastie. (*Lancet*, 24 oct.) — Wassiljew. Valeur de la gastro-entérostomie dans la chirurgie de l'estomac. (*Ann. de chir. russes*, n° 2.) — Vanderlinden et de Buck. 2 cas de gastro-entérostomie par le bouton de Murphy. (*Belgique méd.*, 10 sept., et *Presse méd. belge*, 4 oct.) — V. Bungner. Combinaison de la gastro-entérostomie et de l'entéro-anastomose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 550.) —

Mencière. Gastro-entérostomie suivant le procédé de Postnikow. (*J. méd. Bordeaux*, 11 oct.) — Dubois. Tumeur du pylore, gastro-entéromurphystomie. (*Ann. Soc. belge chir.*, 1er août.) — Lockwood. Gastro-entérostomie pour cancer du pylore. (*London med. Soc.*, 9 nov.) — Péan, Doyen. Traitement chirurgical du cancer de l'estomac. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Hartmann Du rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux brûlures, son traitement par la gastro-entérostomie. (*Ibid.*) — Fontan. Sur une nouvelle opération de gastrostomie. (*Ibid.*) — Chaput. Pylorectomie combinée à la gastro-entérostomie. (*Ibid.*) — Porges. Résection de l'estomac pour cancer, bon état depuis 7 ans. (*Wiener med. Woch.*, 29 août.) — Poucel. 2e observation de gastro-jéjunostomie suivie de guérison. (*Gaz. des hôp.*, 5 nov.) — Capdepon. Hernie traumatique de l'estomac dans la cavité thoracique. (*J. méd. Bordeaux*, 11 oct.) — Rehn. Des plaies de l'estomac. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 383.)

Exanthème. — Du Castel. Eruption généralisée chez un ouvrier employé aux désinfections. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1081.) — Bernhard. Des exanthèmes prodromiques et secondaires. (*Münch. med. Woch.*, p. 793, 25 août.) — Ruyssen. Erythème provoqué par le sulfate de quinine. (*Bull. méd. Nord.*) 24 juill.) — Mc Guire. Eruptions cutanées provoquées par des applications locales d'ichthyol. (*Med. Record*, 17 oct.)

F

Face. — Abrams. Un cas d'hémiatrophie faciale. (*N. York med. j.*, 31 oct.). — Lacurie. Etiologie de la paralysie faciale d'origine périphérique. (*Thèse de Toulouse.*) — Meirowitz. Paralysie faciale. (*Americ. med. Bull.*, 26 sept.). — Anderson. 3 cas de chirurgie plastique de la face. (*Lancet*, 31 oct.)

Ferment. — Pohl. Etude des ferments oxydatifs. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XXXVIII, p. 65.) — Boullanger. Etude de quelques levures. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 598.) — Effront. Sur le levain lactique. (*Ibid.*, X, p. 524.) — Bourquelot et Hérissey. Sur l'hydrolyse du mélézitose par les ferments solubles. (*Journ. de pharm.*, 1er nov.) — Kionka. Action physiologique des ferments hydrolytiques. (*Deut. med. Woch.*, 17 sept.) — C. Biondi. Sur les processus de fermentation dans les organes. (*Arch. f. pathol. Anatom.*, CXLIV, 2.) — Bourquelot. Sur quelques propriétés des solutions aqueuses chloroformées de ferment oxydant des champignons et sur la durée d'activité de ces solutions. (*Soc. de biol.*, 7 nov.) — Bourquelot. Sur l'emploi du gaïacol comme réactif des ferments oxydants. (*Ibid.*)

Fièvre. — Unverricht. De la fièvre. (*Saml. klin. Vorträge*, n° 159.) — Schnitzler et Ewald. Etude de la fièvre aseptique. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 530.) — Zamazal. La fièvre et son rôle thérapeutique. (*Wiener med. Blätter*, 38.) — Faidherbe. La fièvre ganglionnaire est-elle une entité morbide? (In-8°, 29 p., *Bruxelles.*) — Natanson. Sur les lésions des centres auto-moteurs du cœur dans la fièvre récurrente. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Hare. L'emploi du froid dans la fièvre. (*Ther. Gaz.*, 15 oct.)

Fistule. — Odoul. Traitement par l'exérèse des fistules urétro-périnéales. (*Thèse de Paris.*) — Beach. Fistule urétro-rectale chez l'homme. (*Med. and surg. reporter*, 19 sept.)

Foie. — Armand. Lobe gauche du foie anormalement développé. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 sept.) — F. Franck et Hallion. Sur l'innervation vaso-constrictive du foie. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 908 et 923.) — Guillemonat et Lapicque. Teneur en fer du foie et de la rate chez l'homme. (*Ibid.*, VIII, p. 843.) — Cavazzani. Influence paralysante de l'atropine sur les nerfs glyco-sécréteurs du foie. (*Riforma med.*, 20 juin.) — Filippi. Note sur les échanges nutritifs chez les chiens opérés de la fistule d'Eck. (*Ibid.*, 24 oct.) — Glénard. Palpation du foie. (*Rev. mal. de la nutrit.*, août.) — Glénard. De la mobilité du foie. (*Ibid.*, juil.) — Gibaud. Etude clinique et étiologique des symptômes précurseurs des affections hépatiques. (*Thèse de Montpellier.*) — Boinet. De l'existence de peptones dans l'urine et le liquide ascitique comme signe diagnostique de la pyléphlébite adhésive. (*Marseille méd.*, 1er juin.) — Griffon. Calculs enclavés dans l'ampoule de Vater. (*Presse méd.*, 17 oct.)—Mikhaïlowitch. Sur les relations des cellules hépatiques avec la dégénérescence amyloïde du foie. (*Vratch*, 12 sept.) — Bramwell et Stiles. Abcès profond tropical du foie, hépatotomie transthoracique, guérison. (*Lancet*, 12 sept.) — Morton. Abcès du foie ouvert dans le poumon. (*Brit. med. j.*, 17 oct.) — Hassler et Boisson. Sur les abcès dysentériques du foie. (*Rev. de méd.*, oct.) — Rendu. Sur deux cas d'abcès du foie tropicaux. (*Soc. méd. des hôp.*, 17 juil.) — Gaucher et Claude. Un cas d'hypothermie remarquable au cours d'une hépatite subaiguë, d'origine toxique. (*Ibid.*, 10 juil.) — Boix. Nature et pathogénie de l'ictère grave d'après les données bactériologiques. (*Arch. de méd.*, août.) — Calabrese. Les échanges azotés dans la cirrhose hépatique. (*Semaine méd.*, 31 oct.) — Piazza-Martini. Sur un souffle veineux de la région hépatique. (*Ibid.*) — Hanot. Note sur l'hyperplasie compensatrice dans la cirrhose alcoolique hypertrophique. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 juil.) — Rolleston et Fenton. Le foie cirrhotique, analyse de 114 cas. (*Birmingham med. review*, oct.) — Drummond et Morison. Ascite par cirrhose du foie, guérie par opération. (*Brit. med. j.*, 19 sept.) — Garland. Hémorragie œsophagienne dans un cas de cirrhose du foie. (*Boston med. journ.*, sept.) — Overton. La diète dans la cirrhose du foie. (*Améric. med. Bull.*, oct.) — Marckwald. L'adénome multiple du foie. (*Arch. de méd.*, sept.) — Bramwell et Leith. Sarcome primitif du foie dans lequel s'était développé un kyste sanguin simulant un abcès hépatique. (*Edinburg med. Journ.*, oct.) — Etienne. Forme pyosepticémique du cancer du canal cystique; ictère, obstruction du canal cholédoque par un ascaride; cholécystite suppurée paracolibacillaire. (*Arch. de méd.*, sept.) — K. Aczel. Carcinome muqueux du foie consécutif à une tumeur de la vésicule biliaire. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLIV, 1.) — Papinio. Le cancer cirrhotique du foie. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXV, p. 245.) — Hermes. Chirurgie du foie, abcès, calculs du cholédoque, cholécystectomie; 5 observations. (*Berl. klin. Woch.* 16 mars.) — Tilmann. Empyème de la vésicule biliaire. (*Ibid.*, 23 mars.) — Ruotte. Une intervention sur le foie dans un cas d'angiocholite suraiguë, hépatostomie. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 702.) — Bobrow. Un cas d'hépatopexie. (*Ann. de chir. russes*, 3.)

Fracture. — Spurway. Tendance héréditaire aux fractures. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — Dums. Des fractures spontanées. (*Berl. klin. Woch.*, 4 mai.) — Texier. Fracture de l'angle supérieur de l'omoplate. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 avril.) — Bruce. Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

(*Brit. med. j.*, 24 oct.) — Février. Du traitement des fractures de la clavicule. (10e *Cong. franç. de chir.*, p. 711.) — O'Neill Cane. Un nouvel appareil pour la fracture de la clavicule. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 sept.) — Zœge-Manteuffell. Fracture compliquée du coude, paralysie et névralgie du nerf radial. (*St.-Pet. med. Woch.*, 15 août.) — Braatz. Traitement des fractures types du radius. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 329.) — Storp. Idem. (*Ibid.*, p. 336.) — Briche. Sur une forme rare de fracture isolée du bassin, fracture transversale du sacrum. (*Thèse de Lille.*) — Banfi. Types de fractures de la cuisse. (*Morgagni*, août.) — Liermann. Traitement des fractures du col du fémur. (*Deut. med. Woch.*, 12 nov.) — Budinger. Traitement ambulatoire des fractures du membre inférieur. (*Cent. f. ges. Therap.*, nov.) — Hoffa. Traitement des fractures du genou par des appareils portatifs. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 555.) — Subercaze. Du traitement des fractures anciennes de la rotule. (*Thèse de Paris.*) — Ham. Un cas de fracture non consolidée de la jambe chez une femme enceinte. (*Boston med. journ.*, 24 sept.) — Hartmann. Fracture très oblique du tibia, consolidation vicieuse, ostéotomie, extension continue, guérison. (*Bull. soc. chir.*, XXII, p. 506.) — Ruotte. Fracture bimalléolaire par adduction. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 558.) — Kerr. Ostéotomie linéaire sus-malléolaire pour les déformations consécutives aux fractures du tiers inférieur de la jambe. (*Med. news*, 15 août.) — Souligoux. Du mécanisme des fractures des malléoles. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Inglessis. Sur un cas de fracture simple de la première phalange du gros orteil. (*Ibid.*) — Février. Traitement des fractures par le massage. (*Rev. méd. de l'Est*, juill.) — Th. Weiss. Idem. (*Ibid.*, 15 juill.) — Marchetti. Le traitement ambulatoire des fractures. (*Riforma med.*, 6 juill.) — Bradford. Traitement ambulant des fractures. (*Ann. of surg.*, oct.) — Buscher. Traitement des fractures récentes transversales de la rotule. (*Brit. med. j.*, 26 sept.)

G

Gangrène. — Legrain. Gangrène massive symétrique des extrémités inférieures. (*Arch. de derm.*, VII, p. 1090.) — Winstanley. Gangrène symétrique des deux membres inférieurs. (*Lancet*, 19 sept.) — Leusser. De la gangrène phéniquée. (*Münch. med. Woch.*, 14 avril.)

Génitaux (Org.). — Lauwers. Un cas exceptionnel d'anomalie génitale. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, X, p. 570.) — Fuerbringer. De la formation des cristaux spécifiques dans le système génital de l'homme. (*Deut. med. Woch.*, 17 sept.) — Boyd. Un cas de névralgie du pénis. (*Med. Record*, 8 août.) — Senn. Tuberculose des organes génitaux de l'homme. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 juill.) — Hartwitz. Extirpation complète du pénis pour épithélioma. (*J. of cut. dis.*, août.) — Hart. Développement du clitoris, du vagin et de l'hymen. (*J. of. Anat.*, oct.) — Mc Cann. Quelques anomalies des organes génitaux féminins. (*Amer. j. of med. sc.*, oct.) — Secheyron. L'état mental de la femme dans les affections génitales (*Arch. méd. Toulouse*, 1er juillet et *Arch. de gyn.*, août.) — Moore. Nymphomanie guérie par l'hystérectomie. (*Amer. j. of Obst.*, oct.)

Géographie médicale. — Chastang. La Corée et les Coréens. (*Arch. de méd. nav.*, sept.) — Ruge. Des adénites inguinales climatiques de la côte de Zanzibar. (*Arch. f. Derm.*, XXXVI, p. 391.)

Glaucome. — Abadie. Du glaucome sympathique. (*Arch. d'opht.*, fév.) — Querenghi. Du glaucome sympathique. (*Ann. di Ottalm.*, XXV, p. 344.) — Connor. Sur le traitement du glaucome. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 29 août.)

Goutte. — Magnus-Levy. De la nutrition chez les goutteux. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 et 11 mai.) — His. Recherches sur la goutte. (68e *réun. natur. allem.*, *Francfort*, 24 sept.) — Proust. Du régime alimentaire des goutteux. (*Progrès méd.*, 6 août.). — Proust et Mathieu. Hygiène des goutteux. (In-8°, *Paris.*)

Graisse. — Bogdanow. La graisse de la grenouille. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXV, p. 81.) — Dormeyer. Détermination quantitative de la graisse et des acides gras dans l'organisme animal. (*Ibid.*, p. 90.) — Kaufmann. Sur l'origine de la graisse chez les animaux. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 757.) — Kaufmann. Sur la transformation des albuminoïdes en graisse dans l'organisme. (*Ibid.*, p. 767.) — Carbone. Sur l'origine des graisses dans les processus dégénétifs. (*Giorn. Acad. di Medicina, Torino*, mai.)

Grippe. — Engel. Action de l'influenza sur l'organisme féminin. (*Wiener med. Presse*, 25 oct.) — Branthomme. De quelques manifestations hémorragiques dans l'influenza. (*France méd.*, 2 oct.) — De Buck et de Moor. Tremblement consécutif à l'influenza. (*Belgique méd.*, 29 oct.) — Macphail. Folie post-grippale. (*Brit. med. j.*, 26 sept.)

Grossesse. — Rissmann. Diagnostic de la grossesse dans les premiers mois. (*Cent. f. Gyn.*, 24 oct.) — Demelin. Diagnostic précoce de la grossesse. (*Journ. des Praticiens*, 29 août.) — Martel. Influences exercées sur le développement de l'enfant par les maladies infectieuses de la mère pendant la grossesse. (*Thèse de Paris.*) — Schuhl. Pneumonie et grossesse. (*Presse méd.*, 23 sept.) — Deslandes. Des accidents gravido-cardiaques. (*Thèse de Paris.*) — Tinley. Chorée de la grossesse, provocation du travail, mort. (*Brit. med. j.*, 17 oct.) — Bossi. Sur la dégénérescence graisseuse de la matrice pendant la grossesse. (*Semaine méd.*, 16 sept.) — Pailhas. Signes de grossesse nerveuse chez une hystérique ayant simulé la grossesse et l'accouchement. (*Arch. d'anthrop. crim.*, juillet.) — Condio. Diarrhée nerveuse gravidique ; des névroses réflexes de la grossesse. (*Morgagni*, août.) — Grasset. Un cas de grossesse triple. (*Centre méd.*, 1er sept.) — Porak. De la lutte pour l'existence entre les jumeaux. (*Méd. mod.*, 14 oct.) — Sutton. La grossesse compliquant les interventions sur l'utérus et l'appendice. (*Med. Record*, 10 oct.) — Balleray. Les tumeurs fibreuses de l'utérus dans la délivrance et comme complications de la grossesse. (*Amer. med. Bull.*, 1er août.) — Bacon. Tumeurs ovariennes compliquant la grossesse. (*J. Amer. med. Ass.*, 12 sept.) — Mangin. Kystes dermoïdes compliquant la grossesse ; application de la théorie parthénogénèse. (*Marseille méd.*, 15 juill.) — Butler-Smythe. Grossesse compliquée de tumeur ovarique, rupture du kyste 19 jours après la délivrance, guérison. (*Lancet*, 19 sept.) — Herrgott. Un cas de putréfaction intra-utérine. (*Revue méd. de l'Est*, 15 mars.) — Remy. De la putréfaction du liquide ammoniatique mélangé de méconium. (*Ibid.*, 15 mars.) — Weil. Rupture spontanée d'une corne gravide dans un utérus bicorne au 9e mois de la grossesse, mort. (*Cent. f. Gyn.*,

14 nov.)— Philippon. Grossesse gémellaire, ascite volumineuse chez le premier fœtus qui se présente, rendant son extraction impossible sans ponction préalable. (*Loire méd.*, 15 sept.) — Beckmann. Grossesse et accouchement dans un cas d'utérus double biloculaire et vagin cloisonné. (*St-Petersburg. med. Woch.*, 17 oct.) — Cameron. Rétroversion de l'utérus gravide réductible et irréductible, procédé de traitement. (*Brit. med. j.*, 31 oct.) — Hartmann. Traitement de la rétroflexion de l'utérus gravide. (*Cong. de gyn.*, *Semaine méd.*, 9 sept.) — Webster. De la grossesse intra-utérine, étiologie, classification, symptômes, traitement. (220 p., *Berlin.*) — Boland. La grossesse extra-utérine au point de vue de la pratique générale. (*Boston med. Journ.*, 6 août.) — Studsgaard. De la grossesse extra-utérine. (*Nord med. Arkiv*, VI, 17.) — Chalita. Sur la grossesse extra-utérine. (*Gaz. méd. du Sud de la Russie*, juin.) — Macdonald. La grossesse extra-utérine, maladie chirurgicale. (*J. Amer. med. Ass.*, 25 juill.) — Cauchois. 2 cas de grossesse ectopique au 6e et au 9e mois. (*Normandie méd.*, 1er déc. 1895.) — Martin. Grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant. (*Ibid.*, 15 avril.) — Warthin. Grossesse ectopique avec tuberculose des trompes, du placenta et du fœtus. (*Med. News*, 19 sept.) — Mc Lean. Grossesse tubaire avec disposition anormale de la trompe. (*Amer. j. of Obs.*, sept.) — Vignard. Traitement du placenta dans les cas de grossesse extra-utérine avec fœtus mort. (*10e Cong. franç. de chir.*) — Price. Symptômes, diagnostic et traitement de la rupture de la grossesse tubaire. (*J. Amer. med. Ass.*, 25 juill.) — Aenrotin. Rupture précoce dans la grossesse extra-utérine, traitement. (*Amer. j. of med. sc.*, nov.) — Albers-Schoenberg. Traitement de la grossesse extra-utérine dans le 1er mois. (*Jahrb. Hamburg Staats Krank.*, IV.) — Blum. Hématocèle par rupture de grossesse tubaire gauche, hématosalpinx droit, laparotomie, ablation des annexes, mort par perforation duodénale. (*Arch. gén. de méd.*, sept.) — Leopold. Grossesse abdominale à terme, suite de rupture traumatique de l'utérus au 4e mois, laparotomie, guérison. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 376.) — Hammerschlag. Curetage dans la grossesse extra-utérine. (*Cent. f. Gyn.*, 5 sept.)

Gynécologie. — S. Pozzi. Traité de gynécologie clinique et opératoire. (3e édit. *Paris.*) — Voronof. Etudes de gynécologie et de chirurgie générale. (Tome I, 246 p., *Paris.*) — Auvard. Thérapeutique gynécologique. (In-18, 334 p., *Paris.*) — Lewis. La meilleure méthode d'enseignement de la gynécologie. (*J. Amer. med. Ass.*, 19 sept.) — Duehrssen. Les progrès chirurgicaux en gynécologie. (*Deut. med. Woch.*, 5 nov. et *Samml. klin. Vorträge*, n° 160.) — Bokelmann. L'antisepsie prophylactique en gynécologie. (*Samml. Abhand aus. d. Gebiete d. Frauenheilk.*, I, 1.) — Stone. Quelques résultats post-opératoires de la chirurgie gynécologique. (*Amer. j. of Obs.*, sept.) — Webster. La place du pessaire dans le traitement gynécologique. (*Americ. med. Bull.*, 10 oct.) — Massey. Stérilité chez la femme. (*Med. News*, 3 oct.)

H

Helminthiase. — Sonsino. Formes nouvelles ou peu connues, en partie indéterminées, d'entozoaires observés en Egypte. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 437.) — Muehling. Etude de quelques trématodes. (*Ibid.*, XX, p. 588.) — San-

FELICE et LOI. Présence du bilharzia crassa dans le foie des troupeaux de Sardaigne. (*Ibid.*, XX, p. 305.) — KRABBE. Sur les cestoïdes de l'homme en Danemark, 400 cas. (*Nord. med. Arkiv*, VI, 19.) — V. RATHONYI. Ankylostomiase du cheval. (*Deut. med. Woch.*, 8 oct.) — RAPISARDA. Contribution à l'étude de l'anémie due à l'ankylostome. (*Riforma med.*, 24 avril.) — CHEMIN. Sur la filariose à propos d'un cas d'adénolymphocèle. (*Arch. clin. Bordeaux*, août.) — BARRETT. Filaire de l'œil. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 291.) — MANSON. La filariose à Samoa. (*Brit. med. j.*, 7 nov.) — THORPE. Filaire du sang dans les îles du Sud. (*Ibid.*, 3 oct.)

Hémoglobinurie. — BERTHIER. Pathogénie et traitement de l'hémoglobinurie paludéenne. (*Arch. de path. exp.*, VIII, p. 628.) — ISAAC. Un cas d'hémoglobinurie ictérique récidivante. (*Brit. med. j.*, 14 nov.)

Hémorragie. — WHITE. Effets des hémorragies répétées sur la composition du sang. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — WRIGHT. Rapports des hémorragies séreuses avec le défaut de coagulabilité du sang. (*Lancet*, 19 sept.) — CARRARA. Altérations rénales dans la mort par anémie déterminées par hémorragie. (*Giorn. Accad. medic. Torino*, juin-juill.) — MAYS. Les salicylates dans le traitement des hémoptysies. (*Philad. polyclinic*, 24 oct.) — Discussion sur le traitement de l'hémoptysie. (*Amer. climat. Assoc.*, 13 mai.) — BABCOCK. Le traitement de l'hémoptysie. (*Medicine*, sept.) — GUIDONE. Le traitement chirurgical des hémorragies pulmonaires de cause traumatique. (*Riforma med.* 18 mai.) — AUSSET. Hématémèses chez un neurasthénique. (*Bull. méd.*, 30 août.) — BENEDICT. Un cas d'hématémèse. (*Med. News*, 22 août.) — Discussion à la Brit. Assoc. sur les causes et le traitement de l'hémorragie puerpérale secondaire. (*Brit. med. j.*, 24 oct.) — BISHOP. L'hémorragie post-partum et son traitement. (*Lancet*, 31 oct.) — WALTER. Cas rare d'hémorragie grave à la suite d'ulcération syphilitique de la partie vaginale du col utérin. (*Münch. med. Woch.*, 19 mai.) — SCHOEFER. Traitement des hémorragies post-partum et des cavités parenchymateuses, par la gaze imprégnée, sans drainage. (*Ibid.*, p. 945, 6 oct.) — REVERDIN. Du sulfate de soude comme hémostatique. (10e *Congrès franç. de chir.*) — VERGNIAUD. Des propriétés hémostatiques de l'ergotinine. (*Soc. de thér.*, 14 oct.) — CHOLMOGOROFF. Action des injections salées physiologiques sur l'organisme dans les hémorragies graves pendant et après l'accouchement. (*Samml. klin. Vort.*, n° 161.) — FAULY. Traitement des hémorragies par le sérum salé. (*Gaz. hebd. Paris*, 30 août.) — BUTLER. Lavements salés dans les hémorragies graves. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — MORTON. Des injections salines intra-veineuses contre les hémorragies. (*Ther. Gaz.*, 15 août.) — LINSER. Des arthrites hémophiliques. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 105.)

Hémorroïdes. — ADLER. Hémorroïdes externes, leur traitement. (*Ther. Gaz.*, 15 août et *Med. and surg. Rep.*, 12 sept.)

Hérédité. — WILMARTH. L'hérédité, fardeau social. (*J. Americ. med. Ass.*, 15 août.) — E. HALLERVORDEN. Etudes sur l'interférence biologique et l'hérédité. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLIV, 2.)

Hernie. — JABOULAY. La hernie à double sac. (*Lyon méd.*, 6 sept.) — BLANC. Du passage des microbes à travers les parois de l'intestin hernié ; étude des lésions de l'intestin dans les cas de hernie étranglée et des péritonites qui en dépendent. (*Thèse de Montpellier.*) — REVIDSOFF. De la hernie épigastrique de la ligne blanche. (*J. des Praticiens*, 7 nov.) — SANTUCCI. Six

cas de tuberculose herniaire. (*Settim. med.*, p. 311, 27 juin.) — Kossmann. De la prévention des hernies abdominales. (*Cent. f. Gyn.*, 31 oct.) — Ruty. Traitement des hernies congénitales de l'appendice vermiculaire. (*Thèse de Berlin.*) — Bradshaw-Isherwood. 2 cas d'exomphale. (*Lancet*, 12 sept.) — Marjantschik. Des hernies ombilicales. (*Ann. de chir. russes*, n° 3.) — Raymond. Hernie ombilicale congénitale irréductible. (*Med. Record*, 19 sept.) — Von Noorden. De l'omphalectomie dans la hernie étranglée. (*Münch. med. Woch.*, 21 janv.) — Packard. Anatomie de la hernie inguinale oblique, notes sur sa cure radicale, procédé modifié. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIII, p. 312 et *Ann. of surg.*, juill.) — Cartwright. Hernie étranglée chez un sujet âgé, opération, guérison. (*Med. Record*, 12 sept.) — Mauclaire. Hernie par glissement de la partie supérieure de l'S iliaque dans le canal inguinal. (*Soc. anat. Paris*, 24 juill.) — Colle. Déchirure et désinsertion du mésentère dans une hernie inguinale étranglée. (*Presse méd.*, 3 oct.) — Faguet. Hernie inguinale propéritonéale à sac propéritonéal superposé au sac scrotal, étranglement, cure radicale. (*Cong. Ass. franç. Tunis.*) — Poullet. Guérison des hernies inguinales et crurales par l'autoplastie tendineuse. (*Gaz. des hôp.*, 3 nov.) — Heuston. La cure radicale de la hernie inguinale. (*Dublin journ.*, oct.) — Schwartz. Sur la cure radicale des hernies inguinales. Procédé par abaissement. (*J. des Praticiens*, 15 août.) — — Thomas. 2 cas de hernies compliquées contenant l'une la vessie, l'autre la trompe de Fallope. (*Brit. med. j.*, 24 oct.) — Fenger. Hernies de la vessie rencontrées dans les opérations de hernie inguinale et crurale. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIII, p. 321.) — Khronchtcheff. Herniotomie et résection intestinale avec suture de Murphy-Landerer. (*Rev. de méd. russe*, 19.) — Gorde. Du bouton de Murphy dans la gangrène herniaire. (*Thèse de Montpellier.*)

Histologie. — Miquet. Manuel du microscope à l'usage du débutant. (In-16, 56 p., *Paris.*) — Bethe. Nouvelle méthode de fixation au bleu de méthylène. (*Anat. Anz.*, XII, p. 438.) — Plenge. Méthode très pratique de diagnostic rapide; durcissement par l'aldéhyde formique et préparation de coupes par congélation. (*Münch. med. Woch.*, 28 janv.) — Infante-Tortora. Sur l'emploi de la formaline en histologie (*Riforma med.*, 6 juill.) — Todd. Ecrans colorés pour la microphotographie. (*J. of Anat.*, oct.)

Hydatide. — Sommer. Statistique complémentaire de la maladie hydatique aux Etats-Unis. (*N.-York med j.*, 22 août.) — Faitout. Kyste hydatique du cerveau. (*Soc. anat. Paris*, 17 juill.) — Tuffier. Kystes hydatiques du poumon, pneumotomie. (*Gaz. des hôp.*, 5 nov.) — Tuffier. De la pneumotomie dans le traitement des kystes hydatiques du poumon. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Gross. Cinq obs. de kystes hydatiques. (*Revue méd. de l'Est*, 15 fév.) — Frank. Hydatides du foie. (*Amer. j. of med. sc.*, oct.) — Legueu et Diriart. Kyste hydatique rompu du foie. (*Soc. anat. Paris*, 10 juill.) — Le Gendre. Kyste hydatique du foie latent. Déplacement insolite du cœur. Mort très rapide après l'évacuation du liquide par incision. (*Soc. méd. des hôp.*, 24 juill.) — Condamy. Kystes hydatiques du foie, de la rate et du rein. Expulsion d'hydatides par les voies urinaires. (*Poitou méd.*, 1er sept.) — Robinson. Kyste hydatique du foie envahissant les cavités pleurale et péritonéale. (*London clin. Soc.*, 9 oct.) — Devic. Volumineux kyste hydatique du foie, ponction avec l'aspirateur, guérison absolue datant de 5 ans et demi. (*Province méd.*, 17 oct.) — Devic et Pauly. Kyste hydatique du foie, ponction, guérison. (*Ibid.*, 17 oct.) — Bruns. Résection du foie pour hydatides multiloculaires. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 201.) — Colleville et Guénart. Rupture d'un kyste hydatique du creux axillaire

suivie de la suppuration et de l'élimination de la poche kystique. Troubles amyotrophiques concomitants. (*Gaz. hebd. Paris*, 27 sept.) — Jacobelli. Sur un cas de kyste à échinocoques, à développement exagéré, situé dans la gaine du psoas iliaque. (*Riforma med.*, 16 oct.) — Winterberg. Kyste hydatique de la prostate avec kystes du péritoine et du foie. (*Med. News*, 7 nov.) — Lemonnier. Kystes hydatiques du ligament large. (*Thèse de Paris.*) — Mermet. Double hydrosalpynx et kyste hydatique. (*Soc. anat. Paris*, 10 juill.)

Hydrothérapie. — Winternitz. Remarques sur la littérature hydrothérapique. (*Blätt. f. klin. Hydroth.*, oct.) — Vogt. L'hydrothérapie dans la pratique médicale. (*Münch. med. Woch.*, p. 629, 7 juill.) — Verrier. Pratiques accessoires de l'hydrothérapie. (*France méd.*, 28 août.) — Lefèvre. Méthode synthétique pour la mesure des quantités de chaleur débitées par l'organisme humain sous l'action réfrigérante de l'eau. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 818.) — Delmas. De l'intervention médicale en hydrothérapie dans son application aux maladies nerveuses. (*Arch. d'hydrol.*, oct.)

Hygiène. — Cramer. Manuel d'hygiène pour les étudiants et les médecins. (In-8°, 336 p., *Leipzig.*) — Besson et Robinet. Traité élémentaire d'hygiène. (In-8°, 252 p., *Paris.*) — Herrick. Un département de la santé ou un simple bureau ? (*J. Amer. med. Ass.*, 29 août.) — Montgomery. Les arguments en faveur d'un département de la santé publique. (*Ibid.*, 29 août.) — Vintras. Les diplômes d'hygiène en Angleterre. (*Rev. d'hyg.*, XVIII, 4.) — Décret du 3 février 1896 relatif à l'organisation et au fonctionnement du Comité consultatif d'hygiène publique de France. (*Ann. d'hyg.*, avril.) — Berlioz. Annuaire du bureau d'hygiène de la ville de Grenoble, 6e année. (*Grenoble.*) — Bœll. L'hygiène du paysan, traité populaire d'hygiène rurale. (In-8°, 200 p., *Angers.*) — Stokvis. La colonisation et l'hygiène tropicale. (*Rev. scient.*, 12 sept.) — Thierry. La police sanitaire maritime d'après le règlement du 4 janvier. (In-8°, 315 p., *Paris.*) — Barthe de Sandfort. Du service médical dans les travaux de construction, une campagne en Macédoine. (In-8°, 228 p., *Paris.*) — Boyer. Conditions hygiéniques actuelles de Beyrouth et de ses environs immédiats. (In-8°, *Lyon.*) — Domville. Manuel pour les infirmières et les gardes-malades. (*Londres.*) — Ulrich. L'hygiène et les médicaments. (*J. Amer. med. Ass.*, 15 août.) — Gottstein. Lois de propagation des affections épidémiques. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 avril.) — Knoevenagel. Etudes sur les prédispositions morbides et sur le génie épidermique. (*Deutsche Viertelj. œffentl. Gesundh.*, XXVIII, p. 241.) — Leroy des Barres. Rapport préliminaire sur les causes des émanations odorantes de Paris et de sa banlieue. (In-4°, 148 p., *Paris.*) — Clarke. Les méthodes de drainage dans quelques villes maritimes de l'Est et de la dissémination des maladies. (*J. Americ. med. Ass.*, 29 août.) — Hamilton. Les offices sanitaires des grandes villes et leur organisation. (*Ibid.*, 29 août.) — Rodet et Nicolas. Sur le pavage en bois au point de vue de l'hygiène. (*Lyon méd.*, 6 sept.) — Mauriac. Mesures à prendre pour empêcher la propagation des maladies contagieuses par les wagons de chemins de fer. (*Soc. de méd. Bordeaux*, 8 mai.) — Brouardel et Du Mesnil. Immondices, transport par chemins de fer, destruction par le feu. (In-8°, 84 p., *Melun.*) — Parker. Le surmenage scolaire chez les adolescents. (*J. Americ. med. Ass.*, 22 août.) — Combe. Sur la fermeture des écoles en cas d'épidémie de rougeole. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 358.) — Barth. Réforme de l'enseignement gymnastique pour les filles. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 277, 1er mai.) — Ekkert. Sur l'humidité de l'air des écoles. (*Vratch*, 15 août.) — Vallin. Sur la nécessité des crachoirs de poche.

(*Rev. d'hyg.*, XVIII, p. 320 et 366.) — Gréhant. Les produits de combustion du gaz renfermant du carbone. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.) — Buchner. De l'hygiène du vêtement. (*Münch. med. Woch.*, 30 juin.) — Reissmann. Etat actuel de nos connaissances sur la nocuité des viandes tuberculeuses. (*Hyg. Rundschau*, 1er oct.) — Arrêté royal belge du 27 avril 1896 réglementant le commerce de miel. (*Mouv. hyg.*, XII, p. 174.) — Polenske. Analyse de deux agents conservateurs des viandes. (*Arbeiten aus d. k. Ges.*, XI.) — Wood. Des maladies infectieuses propagées par les huîtres. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Boyce et Herdman. Les huîtres et l'infection. (*Ibid.*, p. 951, 3 oct.) — Krauss. Les dangers du bicyclisme : un cas de dilatation aiguë du cœur. (*J. Americ. med. Ass.*, 10 oct.) — Riche. Rapport sur une fabrique de baryte caustique. (*C. R. Cons. salubr. Seine*, II, p. 116.) — Vallin. Rapport sur une usine pour la fabrication des pavés de bois. (*Ibid.*, p. 124.) — Jungfleisch. Causes d'explosions des lampes à alcool. (*Ibid.*, p. 133.)

Hypnotisme. — Keyes. Anesthésie hypnotique. (*Amer. j. of Obst.*, sept.) — Starck. Guérisons par l'hypnotisme. (*Münch. med. Woch.*, p. 741, 11 août.) — Dumontpallier. Rôle thérapeutique de la suggestion et de l'autosuggestion. (*Rev. d'hypnot.*, oct.) — Valentin. Du traitement des neurasthénies graves par la psychothérapie. (*Ibid.*)

Hystérie. — Marc. Etude critique sur l'étiologie et le traitement chirurgical de l'hystérie. (*Thèse de Montpellier.*) — Moyroud. Un cas d'hystérie infantile. (*Loire méd.*, 15 sept.) — Dieulafoy. Hystérie chez un syphilitique. (*Bull. méd.*, 11 oct.) — Sabrazès. Hystérie et grossesse. (*Ibid.*, 4 nov.) — Lemoine. Une observation d'hystérie d'origine paludéenne. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 juill.) — Sokolowski. Hystérie et folie hystérique. (*Cent. f. Nervenh.*, juin.) — Reynaud. De l'hystérie post-grippale. (*Thèse de Montpellier.*) — Behr. Un cas d'hystérie consécutif à l'inhalation du gaz d'éclairage. (*Wiener med. Woch.*, 26 sept.) — Vires. Des associations hystéro-organiques; association de l'hystérie avec l'ataxie. (*Thèse de Montpellier.*) — Pescheux. Des points hystérogènes et en particulier des points frénateurs. (*Thèse de Paris.*) — Pitres. De la perte de connaissance dans les attaques d'hystérie. (*Rev. neurol.*, 15 sept.) — Thibaudet. Méningisme hystérique fébrile. (*J. sc. méd. Lille*, 12 sept.) — Tournier. Monoplégie brachiale par mécanisme psychique, trépidation épileptoïde de la main provoquée par la pression de certaines zones, syndrome d'acroparesthésie, tous ces phénomènes influencés par la suggestion verbale. (*Lyon méd.*, 23 août.) — Mutschler. Un cas d'amblyopie hystérique avec scotome central et spasme de la convergence. (*Thèse de Leipzig.*) — Laforgue. Syncope et narcolepsie hystériques. (*Bull. méd.*, 30 août.) — Sollier. Troubles trophiques des dents d'origine hystérique. (*Ibid.*) — Ferrier. Hémiplégie et mutisme hystériques. (*Ibid.*) — Manheimer. 2 obs. de troubles vaso-moteurs d'origine hystérique. (*Arch. de neurol.*, sept.) — Dubois. Traitement de l'anorexie hystérique par les injections de morphine. (*Prog. méd.*, 22 fév.)

I-K

Idiotie. — Bourneville et Noir. Idiotie, monstruosité physique et morale, acrocéphalie, cécité complète, nanisme relatif, obésité. (*Progrès méd.*, 11 juill.) — Bourneville et Mettetal. Idiotie symptomatique d'atrophie cérébrale; pachyméningite; kyste de la dure-mère. (*Ibid.*, 19 sept.)—Mettetal. Idiotie symptomatique d'atrophie cérébrale, pachyméningite, kyste de la dure-mère. (*Soc. anat. Paris*, 10 juill.)

Infection. — Wood. De l'infection et de l'immunité. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — Bassini. Sur l'influence de la température dans les processus infectieux inflammatoires. (*Riforma med.*, 15 juin.) — Roger. Les infections non bactériennes. (*Rev. gén. des sc.*, 30 sept.) — Hahn. De l'importance des leucocytes pour la protection contre les infections. (*Münch. med. Woch.*, 25 fév.) — Silvestrini et Baduel. Les infections hémorragiques chez l'homme. (*Settim. med.*, p. 359, 29 juill.) — Orlandi. De l'infection streptococcique. (*Gaz. med. Torino*, 22 oct.) — Dorst. De la valeur de l'hématome dans le développement des infections. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 538.) — Lannelongue et Achard. Sur les infections provoquées par les bacilles du groupe proteus et sur les propriétés agglutinantes du sérum dans ces infections. (*Acad. des sc.*, 5 oct.) — Carter. Prophylaxie des maladies infectieuses. (*J. Americ. med. Ass.*, 22 août.)

Inflammation. — Bard. De la signification anatomique et clinique des inflammations interstitielles polyviscérales. (*Bull. méd.*, 27 sept., et *J. des Prat.*, 10 oct.) — Kiener. L'inflammation considérée comme trouble circulatoire. (*Semaine méd.*, 30 sept.) — Courmont. Leçons sur l'inflammation. (*Prov. méd.*, 12 sept.)

Injection. — Claisse. Les injections massives de solutions salines dans les hémorragies et les infections. (*Rev. de chir.*, sept.) — Lochelongue. Des injections massives d'eau salée dans les affections médicales et les intoxications. (*Thèse de Paris.*) — Booth. Un cas de collapsus traité avec succès par les injections intraveineuses d'une solution saline. (*Med. Record*, 26 sept.) — Voit. De l'injection sous-cutanée de substances alimentaires. (*Münch. med. Woch.*, p. 717, 4 avril.) — Bernstein. Les injections sous-conjonctivales. (*J. Americ. med. Ass.*, 12 sept.) — Renault. Technique des injections sous-cutanées de mercure. (*J. des Praticiens*, 19 sept.)

Insolation. — Sickel. Coup de chaleur, hyperpyrexie, guérison. (*Brit. med. j.*, 19 sept.)

Intestin. — Eggelind. Morphologie de la musculature de l'intestin. (*Morphol. Jahrb.*, XXIV, p. 405.) — Sacerdotti. De la régénération de l'épithélium muqueux du canal intestinal des amphibies. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 359.) — Hansemann. Sur la formation des diverticules faux du tube digestif. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLIV, 2.) — Armand. Un cas de diverticule de l'intestin grêle. (*J. méd. Bordeaux*, 20 sept. — Reid. Influence des

nerfs mésentériques sur l'absorption intestinale. (*J. of phys.*, XX, p. 298. — Rollin. De l'albuminurie et de la peptonurie dans les maladies de l'intestin. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Mathieu et Soupault. Les amibes de l'intestin, leur valeur séméiologique et pathogénique. (*Gaz. des hôp.*, 17 oct.) — Demateis. De quelques micro-organismes retrouvés dans l'intestin. (*Giorn. Accad. di Medic. di Torino*, août.) — Prisco. Altérations du foie et des reins déterminées par les produits de la putréfaction intestinale. (*Riforma med.*, 24 juin.) — Carter. Indigestion fonctionnelle, causes et traitement. (*Med. News*, 24 oct.) — Cumming. Traitement de l'indigestion intestinale. (*Ther. Gaz.*, 15 oct.) — Tonarelli. Entérite expérimentale à streptocoques. (*Riforma med.*, 27 avril.) — Einhorn. De l'entéroptose. (*Med. News*, 19 sept.) — Orlando. Un cas de pneumatose intestinale. (*Gaz. med. Torino*, 1er oct.) — Günzburg. Traitement de l'entéroptose. (*Münch. med. Woch.*, p. 631, 7 juill.) — Rœser. Analyse d'un calcul intestinal. (*J. de pharm.*, 15 sept.) — Oddo. Sable intestinal. (*Marseille méd.*, 15 sept.) — Fussell. Le salol contre la diarrhée. (*Ther. Gaz.*, 15 août.) — Paterson. Antisepsie gastrique et intestinale. (*Practitioner*, nov.) — Bachus. De l'emploi du tannigène contre les diarrhées. (*Münch. med. Woch*, 17 mars.) — Deaver. Traité de l'appendicite. (In-8°, *Philadelphie.*) — Smith. L'appendicite est-elle une maladie de famille? (*Med. Record*, 12 sept.) — Grohé. Pathologie et traitement des typhlites, étude historique avec bibliographie. (In-8°, 169 p., *Greifswald.*) — Woods. L'appendicite et l'assurance sur la vie. (*Med. Record*, 22 août.) — Elder. Sur 3 cas d'appendicite. (*Lancet*, 10 oct.) — Hassler. Sur plusieurs cas d'appendicite. (*Lyon méd.*, 4 oct.) — Cohen. De la périty phlite. (*Deut. med. med. Woch.*, 29 oct.) — Duplay. De l'appendicite. (*Semaine méd.*, 7 oct.) — Jacobs. De l'appendicite chronique. (*Ann. Soc. belge chir.*, 1er août.) — Rotter. De la périty phlite, 213 cas. (*Fest. gold. Jubil des St-Hedwigkrankenhauses Berlin.*) — Dieulafoy. A propos de l'appendicite (*France méd.*, 11 nov.) — Brun. Idem. (*Ibid.*, 14 nov.) — Ghiels. Un cas rare de périty phlite. (*Occident. med. Times*, oct.) — Preston. Un cas d'appendicite chronique. (*Med. Record*, 17 oct.) — De Rouville. Appendicites expérimentales par corps étrangers. (*Soc. de biol.*, 7 nov.) — Crutcher. Appendicite compliquant la grossesse. (*Med. Record*, 26 sept.) — E. Picard. Des suppurations à distance dans l'appendicite. (*Arch. de méd.*, sept.) — Rushmore. Fistule intestinale, suite d'appendicite. (*Ann. of surg.*, oct.) — Curtis. Abcès métastatiques, suite d'appendicite latente. (*N.-York. Acad. of med.*, 13 oct.) — Lilienthal. Péritonite généralisée, suite d'appendicite perforante. (*Ibid.*) — Kennedy. Pourquoi faut-il opérer de bonne heure l'appendicite? (*N.-York med. j.*, 3 oct.) — Levin. Le massage dans l'appendicite. (*J. Amer. med. Ass.*, 22 août.) — Discussion à la Brit. Assoc. sur le traitement chirurgical de l'appendicite. (*Brit. med. j.*, 10 oct.) — Granboulan. De la résection à froid de l'appendicite iléo-cæcal, difficultés et accidents. (*Thèse de Paris.*) — Moty. Appendicite à répétition; cure radicale à froid. (*Bull. méd. Nord*, 14 août.) — Furner. 2 cas de péritonite généralisée, suite d'appendicite gangreneuse, laparotomie, ablation de l'appendice. (*Lancet*, 7 nov.) — Wight. De l'incision hypogastrique pour l'excision de l'appendice vermiforme. (*N. York med. j.*, 24 oct.) — Demons. Du coprome infantile. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Hofmokl. Sur les tumeurs stercorales. (*Wiener med. Woch.*, 17 oct.) — Pic. Sténose du duodénum adhérent à une vésicule cancéreuse. (*Bull. méd.*, 13 sept.) — Trumpp. Sur un cas d'atrésie congénitale infra-papillaire du duodénum. (*Münch. méd. Woch.*, p. 747, 11 août.) — L. Cantu. La sténose du duodénum. (*Riforma med.*, 15 juill.) — Flœrsheim. Les myomes du tube digestif. (*J. des Praticiens*, 13 juin.) — V. Notthafft. Un cas de cancer multiple de l'intestin

grêle. (*Deut. med. Woch.*, 22 oct.) — L. François. Un cas de cancer de l'iléon. (*Marseille méd.*, 15 sept.) — Malcolm. 2 cas de rupture de l'intestin en déchirant des adhérences avec l'ovaire malade. (*Lancet*, 27 sept.) — Caminiti-Vinci. Résection de l'intestin pour tuberculose; guérison. (*Riforma med.*, 11 juill.) — Mauclaire et Mouchet. Sur la forme et les moyens de fixité du colon transverse, déductions opératoires. (*Soc. anat. Paris*, 31 juill.) — Dsirne. Technique de la suture intestinale. (*St Petersb. med. Woch.*, 18.) — Burci. L'entérostase pendant les opérations sur l'intestin. Proposition d'un nouvel entérostat. (*Settim. med.*, 14 mars.) — Banks. Expériences avec le bouton de Murphy. (*Brit. med. j.*, 24 oct.) — Angelesco. Les boutons anastomotiques en chirurgie. (*Gaz. des hôp.*, 8 oct.) — Juvara. Un nouveau modèle de bouton anastomotique intestinal avec nouvelle technique. (*Arch. sc. méd. Bucarest*, mai.) — Jonnesco. Modifications du bouton de Murphy. (*Gaz. des hôp.*, 17 nov.) — Velo. Le bouton de Murphy et l'entérectomie. (*Riv. venet. sc. med.*, 31 oct.) — Hagopoff. Description d'un nouveau bouton anastomotique et d'un instrument dit tire-bouton destiné à l'extraire par la voie buccale. (*Bull. soc. de chir.* XXII, p. 552.)

Iris. — Bass. De la valeur sémiotique des troubles pupillaires. (*Samml. Abhandl. aus d. Gebiete d. Augenh.*, I, 3.) — Despagnet. 2 cas d'irido-choroïdite suppurative par auto-infection. (*Rec. d'opht.*, sept.) — Oliver. Action du bromhydrate de scopolamine sur l'iris et le muscle ciliaire. (*Amer. j. of med. sc.*, sept.) — Oliver. Valeur thérapeutique du bromhydrate de scopolamine dans l'iritis plastique. (*Ibid.*, nov.) — Rindfleisch. 1 cas de paralysie unilatérale du sphincter de l'iris. (24e *Cong. d'opht. Heidelberg*, 1895.) — Coppey. Remarques sur le diagnostic différentiel des affections tuberculeuses de l'iris. (*La Clin. opht.*, oct., et *J. méd. Bruxelles*, 22 oct.) — Schultze. Iritis tuberculeuse avec kératite parenchymateuse. (*Arch. f. Aug.*, XXXIII, p. 145.) — Westphal. Un cas de déchirure multiple de l'iris entre la pupille et le bord ciliaire. (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenheilk.*, avril.) — Harlan. De la rupture de l'iris au pourtour et dans l'épaisseur par contusion de l'œil. (*Opht. review*, sept.) — Lawford. Formation de pupille artificielle par l'iridectomie extra-oculaire. (*Brit. med. j.*, 26 sept.)

Kyste. — Ingianni. Kyste du canal thyroglosse, opération, guérison. (*Gaz. d. Osped.*, 8 nov.) — Bohm. Kyste épithélial d'origine traumatique et cellules géantes avec corps étrangers dans la peau. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXLIV, 2.) — Bousquet. Kyste à grains riziformes du poignet. (*Centre méd.*, 1er oct.) — Tanche. Des kystes du creux poplité chez l'enfant. (*Thèse de Lille.*) — Manley. Kystes inguinaux et scrotaux, simples et compliqués, chez les enfants et les jeunes gens. (*Americ. med. Bull.*, 12 sept.) — Tauffer. Sur la dégénération primitive carcinomateuse des kystes dermoïdes. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXLII, 3.) — Mougie. Kyste séreux de l'abdomen chez une poule, rétrocession du kyste sous l'influence de la suppression des boissons. (*Arch. de path. exp.*, VIII, p. 622.)

L

Lacrymal (App.). — Stephenson. Caroncule lacrymale surnuméraire. (*Opht. review.*, janv.) — Gallemaerts. Abcès de la caroncule lacrymale. (*La poly-*

clin., *Bruxelles*, 15 sept.) — Terson. Les complications graves des dacryocystites. (*Journ. des Praticiens*, 13 juin.)

Lait. — Bordas et Génin. Sur le point de congélation du lait de vache. (*J. de pharm.*, 1er nov.) — Denigés. Addition de formol au lait et procédé rapide pour sa recherche. (*Ibid.*, 1er sept.) — Frye. Sur l'estimation du nombre des bactéries dans le lait. (*Med. Record*, 26 sept.) — Baron. Moyen de prévenir les souillures du lait de vache. (*All. med. Cent. Zeit.*, 31 oct.) — Favre. Sur les microbes peptonisants du lait. Les déjections des vaches, source d'infection du lait. (*Vratch*, 3 oct.) — Starck. De l'emploi de l'appareil stérilisateur de Soxhlet. (*Münch. med. Woch.*, 11 fév.) — Variot. Stérilisation du lait et question des nourrices. (*Journ. de clin. inf.*, 17 sept.) — Campbell. Les avantages et inconvénients du lait stérilisé chez l'enfant. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Stewart. Stérilisation du lait. (*Ibid.*) — Marfan. Sur une faute dans la stérilisation du lait, qui peut être l'origine de diarrhées estivales graves. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 juil.) — Dufour. Sur un mode pratique d'humanisation du lait de vache. (*Rev. malad. de l'enf.*, sept.)

Langue. — Biondi. Sur les effets de l'injection d'encre de Chine dans l'épaisseur de la muqueuse linguale de quelques animaux. (*Riforma med.*, 3 sept.) — Odenius. Etudes anatomo-pathologiques sur la macroglossie lymphatique. (*Nordiskt med. Arkiv*, VI, 14.) — Skladny. De l'atrophie lisse de la langue, suite de syphilis héréditaire. (*Thèse de Berlin.*) — Babinski. Hémiatrophie de la langue. (*Soc. méd. des hôp.*, 31 juil.) — Ricochon. Idem. (*Ibid.*, 20 nov.) — Goodale. Identité de la langue géographique et de la glossite superficielle de Moeller. (*Amer. j. of med. sc.*, nov.) — Sirol. Des spasmes cloniques idiopathiques ou chorée de la langue. (*Thèse de Toulouse.*) — Perkins. Un cas de sarcome de la langue. (*Ann. of. surg.*, mai.) — Blanc. Epithélioma de la langue, greffe sur d'anciennes plaques de leucoplasie, amputation de l'organe, pas de récidive trois ans après. (*Loire méd.*, 15 juin.) — Goris. Chirurgie du cancer de la langue au début. (*Presse méd. belge*, 1er nov.) — Fisk. Extirpation de la langue pour épithélioma. (*N.-York Acad. of med.*, 12 oct.)

Laparotomie. — Siefart. Indication et technique des laparotomies vaginales. (*Deut. med. Woch.*, 16 juil.) — Miller. Section vaginale et abdominale simultanée, avantages pour le drainage. (*Amer. j. of obst.*, sept.) — Kehrer. Sutures abdominales dans la laparotomie. (*Cent. f. Gyn.*, 31 oct.) — Schaefer. Technique de la suture après la laparotomie. (*Ibid.*, 3 oct.) — Bantock, La Torre. Du meilleur mode de fermeture de l'abdomen. (*Cong. de Gyn.* et *Semaine méd.*, 9 sept.) — Clark. Prévention de la soif après les opérations abdominales. (*Maryland med. j.*, 30 mai.) — Heil. De l'emphysème cutané après la laparotomie. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 435.) — Jahreiss. Des ruptures de la plaie abdominale après la laparotomie. (*Cent. f. Gyn.*, 12 sept.) — Fritsch. De la mort après la laparotomie. (*Therap. Woch.*, 4 oct.) — Israel. Laparotomie pratiquée 3 fois chez la même femme. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 avril.) — Polak. Laparotomie pour hémorragie interne, guérison. (*Americ. med. Bull.*, 15 août.)

Larynx. — Albrecht. Anatomie comparée du larynx des vertébrés. (*Anz. k. Akad. Wiss. Wien.*, 18, p. 206.) — Bonnier. Sur la phonation. (*Presse méd.*, 3 oct.) — Kirstein. L'autoscopie des voies respiratoires au moyen de l'abaisse-langue. (*Münch. med. Woch.*, p. 719, 4 août.) — Cheval. Autolaryngoscopie et ortho-laryngoscopie. (*Journ. méd. Bruxelles*, 29 oct.) —

Cluzel. De l'examen externe dans les affections du larynx. (*Thèse de Toulouse.*) — Arslan. Statistique de malades traités à la division laryngologique de la policlinique et dans la pratique privée, 1893-95. (*Arch. ital. di otol.*, IV, p. 305.) — Price-Brown. La laryngite des prédicateurs. (*Americ. med. Bull.*, 3 oct.) — Rice. Quelques manifestations rares de la laryngite, dite catarrhale. (*N.-York med. j.*, 3 oct.) — Winckler. Des maladies industrielles des voies aériennes supérieures. (*Sam. Abhand. aus Gebiete d. Nas. Krankh.*. II, 1.) — Bar. De la laryngite œdémateuse chez les enfants. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 354.) — Otto. De l'érysipèle du larynx. (*Bibl. f. Laeger.*, VII, p. 200.) — Birkett. Périchondrite du larynx de cause anormale, rhumatisme blennorragique. (*N.-York med. j.*, 19 sept.) — Goldschmidt. 2 cas de périchondrite primitive suivie de guérison. (*Mon. f. Ohr.*, sept.) — Przedborski. Des inflammations phlegmoneuses aiguës de la gorge et du larynx. (*Ibid.*) — Hedderich. Sur le paramono-chlorphénol dans la phtisie laryngée. (*Münch. med. Woch.*, p. 749, 11 août.) — S. Solis-Cohen. Quelques nouveaux agents topiques dans le traitement de la tuberculose laryngée, bromoforme, formaldéhyde, gaïacol, protonucléine. (*N.-York med. j.*, 24 oct.) — Simpson. Les suites de la syphilis du larynx. (*Ibid.*, 19 sept.) — Marchal. Des lésions tertiaires du larynx et des rétrécissements. (*Presse méd. belge*, 10.) — Mendel. Laryngite tertiaire grave traitée par les injections de calomel. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1070.) — Rouflay. Diphtérie chez un homme atteint de syphilis pharyngée et laryngée, laryngite œdémateuse, trachéotomie, mort subite 9 heures après l'opération. (*Arch. de méd. mil.*. sept.) — Ferreri. Le tubage dans les rétrécissements syphilitiques du larynx. (*Arch. ital. di otol.*, IV, p. 273.) — Joal. Aphonies d'origine olfactive. (*Rev. hebd. de lar.*, 29 août.) — Foix. Un cas d'aphonie nerveuse chez une tuberculeuse. (*Ibid.*, 12 sept.) — Ghika. Spasme de la glotte d'origine broncho-pulmonaire. (*Presse méd.*, 17 sept.) — Moncorgé. A propos de 3 cas d'ictus laryngés. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 369.) — Mérigot de Treigny. De l'ictus laryngé essentiel. (*Journ. des Praticiens*, 23 juin.) — Loos, Fischl. Du spasme de la glotte, ses rapports avec le rachitisme et la tétanie. (*68e Réun. des nat. allemands, Francfort*, 21 sept.) — Raugé. Paralysies laryngées de cause chirurgicale. (*10e Cong. franç. de chir.*) — Savery. Paralysie bilatérale du récurrent par cancer de l'œsophage. (*Lancet*, 19 sept.) — Mc Cassy. Paralysie motrice du larynx, 2 cas de paralysie unitatérale thyro-aryténoïdienne ; un cas de paralysie bilatérale des crico-aryténoïdiens latéraux, hystérie. (*N.-York med. j.*, 26 sept.) — Trumpp. Note sur la technique de l'intubation. (*Münch. med. Woch.*, 28 avril.) — Sevestre. Sur quelques modifications du tubage dans le croup. (*Soc. méd. des hôp.*, 17 juil.) — Bonain. Tubes longs et tubes courts pour l'intubation du larynx dans le croup pseudo-membraneux. (*Rev. hebd. de lar.*, 19 sept.) — Boinet. Avantages de l'intubation faite avec les tubes courts de Bayeux. (*Marseille méd.*, 1er avril.) — Waxham. Rapport sur 500 cas d'intubation du larynx. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 22 août.) — Casselberry. Du tubage chez l'adulte dans la sténose aiguë du larynx. (*N.-York med. j.*, 5 sept.) — Poulet. De la syncope occasionnée par le tubage. (*Soc. de thérap.*, 28 oct.) — Bayeux. Sur les rétrécissements cicatriciels consécutifs à l'intubation. (*Journ. de clin. inf.*, 10 sept.) — Variot et Bayeux. Observations cliniques et recherches expérimentales sur les ulcérations laryngées après le tubage. (*Ibid.*, 22 oct.) — Pujol. Large plaie de la région thyro-hyoïdienne. Guérison sans suture. (*Marseille médic.*, 1er avril.) — Sheild. Fracture du larynx, trachéotomie, thyrotomie, guérison. (*Lancet*, 14 nov.) — Scheff. Fracture du cartilage cricoïde. (*Soc. vien. de lar.*, 9 janv.) — Gerhardt. Tumeur du larynx et troubles moteurs des cordes vocales. (*Vienne.*) — Mackenzie. Papillomes du larynx chez l'en-

fant. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Gleitsmann. Tumeur du larynx d'apparence rare. (*N.-York med. j.*, 3 oct.) — Jousset. Tumeur kystique de la base de l'épiglotte, ponction. (*Nord méd.*, 1er oct.) — Jousset. Quelques observations sur les tumeurs kystiques extralaryngées. (*Ibid.*, 15 oct.) — Chiari. Enorme fibrome du larynx. (*Wiener klin. Woch.*, 27 août.) — Delavan. Progrès récents dans le traitement des affections malignes du larynx. (*N.-York med. j.*, 5 sept.) — Pantaloni et Thomas. Thyrotomie, extirpation d'une tumeur maligne de la corde vocale droite. (*Rev. hebd. de lar.*, 17 oct.) — Terrier. L'extirpation du larynx (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 327 et *Gaz. méd. Paris*, 5 sept.)

Lèpre. — Ashmead. La lèpre au Brésil. (*Med. News*, 31 oct.) — Morrow. La question de la lèpre à New-York. (*N.-York med. j.*, 7 nov.) — Grossmann. Causes de la lèpre, son extension en Europe. (*Liverpool med. Inst.*, 8 oct.) — Ashmead. L'Eglise romaine et la lèpre en Colombie. (*J. Americ. med. Ass.*, 22 août.) — Czerny. Cas de lèpre des arabes à Heidelberg. (*Münch. med. Woch.*, 17 mars.) — English. Un cas de lèpre. (*Med. News*, 7 nov.) — Auché et Carrière. Rapports de la tuberculose et de la lèpre à propos d'un cas de fistule à l'anus chez un lépreux. (*Bull. méd.*, 9 sept.) — Mailland. Lèpre traitée par l'extrait thyroïdien. (*Lancet*, 31 oct.)

Leucémie. — Bonvicini. Recherches bactériologiques et expérimentales sur l'étiologie de la leucémie chez le chien et le bœuf. (In-8°, *Bologne.*) — Gumprecht. Dégénération des leucocytes dans le sang leucémique. (*Berl. klin. Woch.*, p. 424, 11 mai.) — Allen. Maladie de Hodgkin. (*Brit. med. j.*, 19 sept.) — Craig. Leucocythémie. (*Dublin journ.*, sept.)

Leucoplasie. — Le Dentu. Nouvelles considérations sur la leucokératose. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Le Dentu. Nouvelles considérations relatives à l'épithélioma leucoplasique. (*Rev. Internat. de thérap.*, 15 nov.) — Legrand. De la leucoplasie buccale. (*Thèse de Paris.*)

Lichen. — Joseph. Du lichen ruber plan accuminé ou verruqueux. (*Ann. de dermat.*, VII, p. 1209.)

Lipome. — De Rouville. Volumineux lipome kystique de la cuisse. (*Soc. anat. Paris*, 10 juil.) — Villard. Myxo-lipome de la cuisse. (*Lyon méd.*, 23 août.) — Gangolphe. Idem. (*Ibid.*, 30 août.)

Lupus. — Gros. Du lupus érythémateux et de sa nature tuberculeuse. (*Thèse de Montpellier.*) — Haun. Traitement du lupus de la face. (*Münch. med. Woch.*, 24 mars.) — Barclay. Extrait thyroïdien dans le lupus. (*Brit. med. j.*, 24 oct.)

Luxation. — Lofton. Luxation du sternum. (*J. Americ med. Ass.*, 19 sept.) — Loreta. Luxation simultanée des deux extrémités de la clavicule droite. (*Riforma med.*, 22 août.) — Graham. Luxation simultanée des deux clavicules et fracture de l'omoplate. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — Texier et Ginestous. Luxation sus-acromiale complète de la clavicule. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 sept.) — Texier et Ginestous. Suture osseuse dans deux cas de luxations sus-acromiales. (*Ibid.*, 27 sept.) — Walker. Luxation sous-coracoïdienne de l'humérus chez un homme de 92 ans, réduction, guérison. (*Med. News*, 26 sept.) — Roberts. Luxation congénitale sous-épineuse de l'humérus. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIII, p. 385.) — Haslip. Luxation des deux épaules. (*Lancet*, 29 août.) — Potherat. Luxation du coude en

arrière, emprisonnement du nerf cubital dans un anneau fibreux cicatriciel. (10e *Cong. franç. de chir.*, 19 oct.) — Welsh. Traitement des luxations anciennes du coude. (*Med. Record*, 19 sept.) — Göschel. Des luxations traumatiques des membres inférieurs. (*Münch. med. Woch.*, 5 mai.) — Herbet. Des luxations irréductibles du pouce en arrière, traitées par la méthode sanglante. (*Rev. d'orthop.*, 1er sept.) — Tubby. Traitement de la luxation congénitale de la hanche. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Whitman. Traitement de la luxation congénitale de la hanche. (*Med. Record*, 12 sept.) — Pascal. Luxation congénitale de la hanche. (*Concours méd.*, 24 oct.) — Schede, Lorenz. De la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche. (*68e réun. nat. allem.*, *Francfort*, 22 sept.) — Hoffa. Résultats des traitements sanglants ou non des luxations congénitales de la hanche. (*Ibid.* et *Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 565.) — De Habele. Traitement de la luxation congénitale de la hanche. (*Belgique méd.*, 8 oct.) — Hagopoff. De la valeur du traitement orthopédique curatif non sanglant dans la luxation congénitale de la hanche. (*Gaz. des hôp.*. 5 sept.) — Young. Une méthode de réduction graduelle de la flexion et subluxation du genou. (*Boston med. journ.*, 8 oct.) — Page. 2 cas de luxation latérale du genou. (*Lancet*, 3 oct.) — Madon. Des luxations métatarso-phalangiennes du gros orteil. (*Thèse de Montpellier.*)

Lymphatique. — Gerrish. Les rapports du système lymphatique dans les diverses régions. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIII, p. 31.) — Grossmann. Les ganglions et vaisseaux lymphatiques axillaires. (In-8o, 50 p., *Berlin.*) — Jeanty. De l'adéno-lymphocèle crurale en Haïti. (*Thèse de Paris.*) — Brault. Adénites inguino-crurales subaiguës d'origine infectieuse banale. (*Semaine méd.*, 30 sept.) — Etourneau. Sur un cas d'adénite génienne. (*Arch. de méd. nav.*, oct.) — Godding. Du bubon non vénérien. (*Brit. med. j.*, 23 sept.) — Audry et Durand. Sur le bubon et son traitement. De l'extirpation des adénites suppurées de l'aine. (*Gaz. hebd. Paris*, 26 juil. et *Arch. méd. Toulouse*, 1er sept.) — Renson. Traitement de l'adénite tuberculeuse du cou. (*Brit. med. j.*, 12 sept.)

M

Main. — Smith. Le dos de la main ; morphologie du court extenseur des doigts. (*J. of anat.*, oct.) — Levin. Sur les rapports anatomiques des doigts et des orteils surnuméraires. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLII, 2.) — Herz. Recherches cliniques sur l'état des petits vaisseaux (unguéaux) à l'aide de l'onychographe. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 426, 11 mai.) — Joachimsthal. De l'hyperphalangie et de la polydactylie. (68e *réun. nat. allem. Francfort*, 23 sept.) — Le Même. 30 cas d'anomalie des mains. (*Ibid.*) — Bilhaut. Absence congénitale du 1er métacarpien gauche, présence de deux phalanges du pouce, suture de la 1re phalange du pouce avec le 2e métacarpien. (*Bull. polycl. hôp. int.*, sept.) — Beach. Traitement du panaris. (*Presse méd.*, 16 sept.) — Altemaire et de Bovis. Sur les phlegmons profonds, lymphangitiques de la main et de l'avant-bras. (*Arch. de méd. mil.*, oct.) — Chevassu. Tumeur fibreuse du dos de la main droite englobant les tendons extérieurs des 3 derniers doigts, consécutive à une piqûre par une

épine retrouvée dans son tissu. (*Ibid.*, oct.) — Mangiavillani. Sur un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire. (*Riforma med.*, 26 oct.) — Charron. Deux observations d'exostoses juxta-épiphysaires multiples des doigts et des métacarpiens de la main gauche. (*Ann. Soc. belge chir.*, 1er août.)

Mal de mer. — Le Grix. Traitement du mal de mer. (*Cong. Ass. franç. Tunis.*) — Gorodichze. Le mal de mer et le moyen de le prévenir par la suggestion hypnotique. (*Rev. de l'hypnot.*, oct.) — Minor. Mal de mer, causes (troubles labyrinthiques) et traitement (instillat. de 3 gouttes oléate de cocaïne à 8 0/0 dans l'oreille). (*N. York med. j.*, 17 oct.)

Maladie. — Faulds. Sur l'origine et la diffusion des maladie contagieuses. (*Med. News*, 26 sept.) — Solis Cohen. La guérison et la maladie dans leurs rapports avec la thérapeutique. (*Ther. Gaz.*, 15 sept.)

Maladies professionnelles. — Isenberg. De l'hygiène du houilleur et des maladies qui lui sont particulières. (*Thèse de Montpellier.*) — Detroye. Les poussières des fabriques de porcelaine, leur action sur l'organisme. (In-8°, 75 p., *Limoges.*) — Zelgien. Tremblement professionnel d'origine mécanique. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 sept.)

Malformation. — Wolff. Etude de la pathogénie fonctionnelle des difformités. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 831.) — Ridlon. Sur quelques difformités congénitales rares. (*J. Americ. med. Ass.*, 12 sept.) — Lewis. Un cas d'hermaphrodisme. (*Medicine*, oct.) — Blacker. Hermaphroditisme vrai unilatéral. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVIII, p. 265.) — Mouchet. Arrêt de développement des phalanges chez un fœtus de 5 mois. (*Soc. anat. Paris*, 10 juill.)

Mamelle. — Hellier. Le réflexe du mamelon. (*Brit. med. j.*, 7 nov.) — Lagoutte. Un cas complexe de hernie ombilicale embryonnaire avec exstrophie de la vessie, abouchement de l'intestin dans la cavité vésicale et spina bifida. (*Gaz. hebd. Paris*, 22 mars.) — Park. Tuberculose du sein et des ganglions lymphatiques. (*Med. News*, 7 nov.) — Pilliet. Un cas de galactocèle. (*Soc. anat. Paris*, 24 juill.) — Sengensse. Volumineux fibrome circonscrit de la mamelle. (*Ann. policl. Bordeaux*, sept.) — Joerss. Du pronostic favorable de l'extirpation du cancer de la mamelle. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 101.) — Snow. 300 cas d'opération de cancer du sein. (*Brit. med. j.*, 17 oct.) — Arnoldt. Résultats des opérations de cancer de la mamelle. (*Thèse de Halle.*) — Sands. L'opération radicale pour cancer du sein. (*N. York Acad. of med.*, 12 oct.) — Quénu et Robineau. Sur quelques points de technique des amputations du sein. (*Rev. int. de thér.*, 17 août.)

Maxillaire. — Milbury. Méthode de diagnostic des affections de l'antre d'Highmore et leur traitement. (*N. York med. j.*, 17 oct.) — Royet. 2 cas d'empyème du sinus maxillaire déterminés probablement et entretenus par des séquestres dentaires. (*Province méd.*, 3 oct.) — Weil. Pathologie et traitement des suppurations des sinus, en particulier du sinus maxillaire. (*Soc. des laryng. viennois*, 6 fév.) — Linkenheld. La suppuration des sinus maxillaires. (*Münch. med. Woch.*, 25 fév.) — Gaillard. Sur un obturateur du sinus maxillaire. (*Rev. hebd. de lar.*, 26 sept.) — Combes. Traitement des sinusites maxillaires compliquées de tic douloureux. (15e *Cong. franç. de chir.*) — Starck. La tuberculose du maxillaire inférieur. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 23.) — Mession. Nécrose presque totale du maxillaire infé-

rieur, suite de fracture par avulsion dentaire. (*Belgique méd.*, 1er oct.) — Hammer. Tumeurs de la mâchoire supérieure et des régions avoisinantes. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLII, 3.) — Haasler. Histogénèse des tumeurs de la mâchoire. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 749.) — Gibelli. Un cas d'ostéome télangiectasique du maxillaire supérieur. (*Arch. ital. di Otol.*, IV, p. 328, et *Giorn. Accad. di Med. Torino*, juin.) — Baumgaertner. De l'ankylose des mâchoires et de son traitement chirurgical. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 185.) — Leriche. Maintien, sans appareil prothétique, de la portion restante du maxillaire inférieur après résection pour néoplasme. (10e *Cong. franç. de chir.*)

Médecine (hist.) — Buchner. Biologie et médecine. (*Deut. med. Woch.*, 1er oct.) — Folet. Molière et la médecine de son temps. (In-8°, 221 p., *Lille.*) — Duclaux. Pasteur, histoire d'un esprit. (In-8°, 400 p., *Paris.*) — Payne. Harvey et Galen. (*Brit. med. j.*, 24 oct.) — Heath. J. Erichsen et l'art chirurgical. (*Ibid.*, 17 oct.) — Mosso. Mesmer et l'origine de l'hypnotisme. (*Rev. scient.*, 29 août.) — Roth. Vesaliana (notices bibliographiques sur Vésale). (*Arch. f. path. Anat.*, CXLI, 3.) — Ireland. Torquato Tasso et ses bibliographes. (*J. of mental. sc.*, oct.) — Gosset. Les sceaux de l'ancienne Faculté de médecine de Reims. (*Union méd. Nord-Est*, 30 août.) — Stewart. Les médecins, agents du paupérisme. (*J. Americ. med. Ass.*, 22 août.) — Bardwell. La médecine officielle en Pensylvanie. (*Ibid.*, 29 août.) — Cokenower. Les devoirs du médecin et du public. (*Ibid.*, 29 août.) — Littlejohn. Les avantages d'une école médicale provinciale. (*Brit. med. j.*, 3 oct.) — Martin. La médecine comme science progressive. (*Ibid.*) — Frost. La médecine comme carrière. (*Ibid.*) — Cassidy. Les médecins aborigènes d'Australie. (*Americ. med. Bull.*, 15 août.) — Meige. La maladie de la Fille de Saint-Géosme. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, juill.) — Jee. Histoire de la science médicale aryenne. (*Londres.*) — Benedict. La valeur pratique des études médicales théoriques. (*Americ. med. Bull.*, 19 sept.) — Rogers. L'humanité et les médecins. (*Boston med. Journ.*, 24 sept.) — Klebs. L'éducation médicale. (*J. Americ. med. Ass.*, 10 oct.) — Struthers. L'école médicale de l'avenir. (*Edinb. med. j.*, oct.)

Médecine légale. — Suiter. Remarques sur les expertises médico-légales. (*J. Amer. med. Ass.*, 26 sept.) — Brower. La nécessité de la réforme de l'expertise médico-légale. (*Ibid.*, 26 sept.) — Ingraham. Le contrôle de la tuberculose au point de vue médico-légal. (*Ibid.*, 26 sept.) — Ransom. Le médecin et le crime. (*Ibid.*, 10 oct.) — Lemesle. De la nécessité de pratiquer l'examen psycho-moral de tous les inculpés. (*Rev. de l'hypnot.*, oct.) — Ergolski. Sur les expertises médico-légales dans les affaires des sectes. (*West. d'hyg. publ.*) — Scheppegrell. L'importance d'un examen soigneux de l'oreille, du nez et de la gorge au point de vue médico-légal. (*Rev. hebd. de lar.*, 3 oct.) — Clarke. Examen post-mortem dans les cas ordinaires et médico-légaux. (*Londres.*) — Muteau. L'assistance hospitalière et le secret professionnel. (*Soc. de méd. lég.*, 9 nov.) — Hall. Considérations médico-légales de quelques faits, signes et symptômes généraux de la névrose traumatique simple. (*Med. Record*, 26 sept.) — Lacassagne. Sur un cas de dépeçage. (*Echo méd. Lyon*, 15 oct.) — Pascal. La rupture du cordon ombilical et les fractures du crâne chez le nouveau-né au point de vue judiciaire. (*Gaz. hebd. Paris*, 10 sept.) — Guillaume. Le suicide en Suisse. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 nov. 1895.) — Lacassagne. Les vols à l'étalage et dans les grands magasins. (*J. méd. Paris*, 25 oct.) — Barella. Un mot sur l'ivresse au point de vue médico-légal. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, X, p. 539.) — Brouardel. La pendaison, la

strangulation, la suffocation, la submersion. (In-8°, 548 p., *Paris*, 1897.) — Bunge. Les altérations du poumon à la suite du suicide par submersion. (*Fortschr. der Med.*, XIV, p. 81.) — Wanjura. De l'utilisation à faire de la tare héréditaire dans l'appréciation, par l'expert médico-légal, de l'état mental des criminels et des simulateurs. (*Viertelj. f. gerich. Med.*, XI, p. 321.) — Schulz. De la constriction du cou par un lien avant et après la mort. (*Ibid.*, XI, p. 98 et 211, et XII, p. 44.) — Aczel. Suicide avec mutilation rare, extirpation du larynx sans lésion des gros vaisseaux. (*Ibid.*, IX, p. 420.) — Hobein. Des blessures du genou au point de vue médico-légal. (*Ibid.*, X, p. 219.) — Litthauer. Des blessures du tibia. (*Ibid.*, p. 28.) — Susskand. Etude médico-légale des plaies de l'œsophage. (*Ibid.*) — Agostino. Homicide par délire de persécution chez un épileptique. (*Arch. di psich.*, XVII, 3.) — Hall. Etude médico-légale sur les blessures par armes à feu. (*Med. Record*, 19 sept.)

Médecine militaire. — Duems. Traité des maladies du soldat. (In-8°, 384 p., *Leipzig.*) — J. Navarre. L'armée coloniale, ce qu'elle doit être. (*Rev. d'hyg.*, XVIII, p. 335.) — Lévy. Sur le fonctionnement de la clinique militaire pour maladies de la gorge à Copenhague. (*Zeit. f. Ohr.*, XXIX, 3.) — Du Cazal. Répartition en France des infirmités susceptibles d'entraîner l'exemption du service militaire. (In-8°, 80 p., *Paris.*) — Wyman. Sur le service hospitalier de la marine des U. S. A. (*J. Americ. med. Ass.*, 29 août.) — Leray. Rapport médical de la colonne expéditionnaire de Kong. (*Arch. de méd. nav.*, sept.) — Quinson. Expédition de Mapa. (*Ibid.*, oct.) — Lémure. Acclimatation et colonisation à Madagascar. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.) — Chase. Les bains pour les soldats. (*Boston med. Journ.*, 27 août.) — Grivet. L'hôpital central de l'armée roumaine. (*Arch. de méd. mil.*, sept.) — Annequin. Sur les effets dynamiques de la cartouche à fausse balle du fusil modèle 1886 et sur les lésions traumatiques qu'elle détermine à courte distance. (*Ibid.*, sept.) — Huguet. Des diverses lésions produites chez l'homme par les projectiles des armes à feu de petit calibre. (*Gaz. des hôp.*, 14 nov.) — Seydel. 15 blessures faites avec la balle de 7^{mm},9. (*Münch. med. Woch.*, 11 fév.)

Mélanose. — Mehver. Mélanose aiguë généralisée avec sarcome mélanique. (*Wiener med. Presse*, 1er nov.) — Vulpian. De la mélanodermie, étude séméiologique et pathogénique. (*Thèse de Paris.*) — Wolsti. Un cas de mélanodermie par suite de l'usage interne de l'arsenic. (*Finska läkar. handl.*, mai.)

Méninge. — Patry. Sur un cas de méningite pneumococcique primitive. (*Bull. méd. Algérie*, 10 sept.) — Heubner. Du méningocoque intracellulaire. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIII, p. 1.) — Kobs. Un cas de méningite basilaire récurrente ; guérison. (*Med. Record*, 10 oct.) — Leclainche. La méningite cérébro-spinale épizootique. (*Méd. mod.*, 14 nov.) — Schwarz. La méningite spinale chronique et ses rapports avec la symptomatologie du tabes. (*Wiener med. Blätter.*, 29 oct.) — Quincke. De la méningite séreuse. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, IX, p. 149.) — Krestchmann. Un cas de méningite séreuse guérie par opération. (*Münch. med. Woch.*, 21 avril.) — Finley. L'adhérence des méninges consécutive à la fièvre cérébro-spinale. (*Med. Record*, 19 sept.) — Lefebvre. Un cas de pachyméningite hémorragique. (*Bull. méd. Nord*, 24 juill.) — Guarnieri. De la pachyméningite hémorragique. (*Settim. med.*, 8 fév.) — Potain. Sur un cas de méningite tuberculeuse de l'adulte. (*Bull. méd.*, 18 nov.) — Jewnin. Emploi des bains chauds dans 5 cas de méningite cérébro-spinale. (*Ther. Monats.*, nov.) —

Mc Caskey. Diagnostic et traitement de l'hémorragie méningée. (*N. York med. j.*, 19 sept.) — Lenz. Un cas de sarcomatose étendue diffuse de la pie-mère spinale. (*Ziegler's Beit. z. path. Anat.*, XIX, p. 663.) — Beneke. Sur les cholestéatomes des méninges. (*Arch. path. Anat.*, CXLI., 3.) — Makarytchew. Endothéliomes médullaires des méninges. (*Vratch*, 22 août.)

Menstruation. — Mandl. Les modifications de la muqueuse utérine pendant la menstruation. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 557.) — Doumer. Influence de la franklinisation sur la menstruation. (*Rev. int. d'élect.*, août.) — Howie. Menstruation précoce. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Pluyette. Réglée à 46 mois. Contribution à l'étude des menstruations précoces. (*Marseille méd.*, 1er mai.) — Hurtaud. Des règles supplémentaires et déviées. (*Thèse de Paris.*) — Discussion à la Brit. Assoc. sur la dysménorrée. (*Brit. med. j.*, 24 oct.)

Moelle. — Huber. Ganglions spinaux des amphibies. (*Anat. Anz.*, XII, p. 417.) — Smirnow. Sur la structure des ganglions spinaux. (*Obozr. psychiatr.*, sept.) — Bechterew. Les voies conductrices de la moelle et du cerveau. (2e éd., *St-Pétersb.*) — Mettler. Le renflement lombaire de la moelle épinière considéré au point de vue de la localisation des lésions et de la justification des interventions chirurgicales. (*Medicine*, oct.) — Sherrington et Mott. Effets de la section de la huitième racine cervicale postérieure. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 oct. 1895.) — Jacoby. Un cas de cavité médullaire dans la moelle embryonnaire. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLI, 2.) — Turner et Mackintosh. 3 cas de néoformation kystique de la moelle. (*Brain*, 74.) — Mayo Robson. Moelle épinière de lapin employée comme greffe du nerf médian chez l'homme. (*Brit. med. j.*, 31 oct.) — Grocco. De la maladie de Erb. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXV, p. 272.) Beorchia-Nigris. Siège et nature de la maladie d'Erb. (Broch. 30 p., *Udine.*) — Grawitz. Poliomyélite antérieure subaiguë. (*Berlin. klin. Woch*, 17 fév.) — James. Cas de poliomyélite antérieure et de névrite alcoolique. (*Edinburgh med. journ.*, oct.) — Benda. Un cas d'hématomyélie. (*Deut. med. Woch.*, 29 oct.) — Higier. Hématomyélie centrale du cône médullaire. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, IX, p. 185.) — Bruce et Muir. Dégénérescence descendante des colonnes postérieures de la moelle lombo-sacrée. (*Brain*, 74.) — Cassirer. Du diagnostic différentiel de la sclérose multiple et de la syphilis cérébro-spinale. (*Deut. med. Woch.*, 22 oct.) — Vorotynski. Sur le début et la succession des dégénérescences secondaires des différents systèmes de la moelle du chien. (*Obozr. psych.*, août.) — Dobrotworski. Sur la succession des dégénérescences secondaires dans les cordons de la moelle après sa section. (*Ibid.*, août.) — Mies. 2 cas de syringomyélie à la suite de la pénétration d'un fragment de zinc dans le pouce droit. (*Münch. med. Woch.*, 12 mai.) — Bawli. Syringomyélie et traumatisme. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — Babes et Manicatide. Recherches sur la syringomyélie. (*Arch. sc. méd. Bucarest*, mai.) — Dercum et Spiller. Syringomyélie limitée à la corne postérieure de la région cervicale. (*J. of nerv. dis.*, sept.) — Giuffré. Polynévrite et tabes. (*Semaine méd.*, 31 oct.) — Frenkel et M. Faure. Des attitudes anormales, spontanées ou provoquées, dans le tabes dorsal sans arthropathies. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, juill.) — Wilson. Ataxie chez une jeune femme. (*Royal med. Soc.*, 10 nov.) — De Grandmaison. 2 cas de tabes dorsalis ayant débuté par des arthropathies. (*Méd. mod.*, 30 sept.) — Barié. Le cœur chez les tabétiques. (*Journ. des Praticiens*, 7 nov.) — Djelalion. De l'arthropathie tabétique. (*Thèse de Paris.*) — Zabloudowski. Cas d'ataxie de Friedreich; traite-

ment par le massage. (*Vratch*, 22 août.) — Rauzier. Traitement du tabes. (*N. Montpellier méd.*, 15 août.) — Verhoogen. Traitement du tabes. (*J. méd. Bruxelles*, 1er oct.) — Hirschberg. Traitement de l'ataxie dans le tabes par la rééducation des mouvements. (*Arch. de neurol.*, sept.) — Bard et Duplant. Compression tardive de la moelle cervicale par un cal hypertrophique de l'axis. (*Arch. de méd.*, août.)

Monstre. — Ballantyne. Tératogénèse; enquête sur les causes des monstruosités. (*Edinb. med. j.*, sept.) — Frankenburger. Un cas de tératologie. (*Méd. Record*, 10 oct.) — Alezais. Monstre cyclope, genre cyclocéphalien. (*Marseille méd.*, 15 août.) — Girou. Sur un monstre double sycéphalien iniope né à la Maternité d'Aurillac. (*J. de l'anat.*, sept.) — Commandeur. Hémimélie unilatérale du membre supérieur. Note sur l'anatomie des moignons d'arrêt de développement des membres. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 551.) — Bergkammer. Un cas de tératome parasite rudimentaire ou inclusion fœtale abdominale du bassin chez un garçon de 11 mois. (*Deut. med. Woch.*, 29 oct.)

Molluscum. — Barthélemy. De quelques particularités des verrues, molluscums et végétations. (*Bull. méd.*, 9 sept.) — Salzer. Un cas de molluscum contagieux des paupières. (*Münch. med. Woch.* p. 841, 8 sept.)

Morve. — Ehrich. Symptomatologie et pathologie de la morve chez l'homme. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 1.) — Buschke. Morve chronique cutanée, emploi de la malléine chez l'homme. (*Arch. f. Derm.*, XXXVI, p. 323.)

Muscle. — Chudzinski. Quelques observations sur les muscles peaussiers du crâne et de la face dans les races humaines. (In-8°, *Paris.*) — Ledouble. Dix muscles nouveaux dans l'espèce humaine. (*Bibliog. anat.*, mai.) — Boruttau. Physiologie générale des muscles et des nerfs. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXV, p. 1.) — Bickel. Etude du mouvement chez les vertébrés. (*Ibid.*, LXV, p. 231.) — Zuntz. Vérification de la loi de la conservation de l'énergie dans l'organisme animal. Remarques à propos des expériences de Chauveau. (*Arch. f. Phys.*, p. 358.) — Munk. Travail musculaire et destruction de l'albumine. Remarques à propos des dernières expériences de Chauveau. (*Ibid.*, p. 372.) — K. Kaiser. Sur la nature des forces actives pendant la contraction du muscle strié. (*Zeit. f. Biol.*, XXXIII, p. 360.) — Kaiser. Analyse de la courbe de contraction du muscle strié. (*Ibid.*, p. 157.) — Allard. Du nombre d'excitations électriques nécessaire pour produire le tétanos musculaire chez l'homme; étude physiologique et pathologique. (*N. Montpellier méd.*, 16 mai.) — Jendrassik. Etude du tonus musculaire. (*Neurol. Cent.*, 1er sept.) — Broca et Richet. De la contraction musculaire anaérobie. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 829.) — Schenck. Encore un mot sur la théorie de Kaiser sur la glycogénie musculaire. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXV, p. 316.) — Schenck. Travail musculaire et glycogénie. (*Ibid.*, p. 326.) — Furth. Sur l'action des poisons par les substances albuminoïdes du plasma musculaire et leurs rapports avec la rigidité musculaire. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVII, p. 389.) — Hoesslin. Un cas de myoclonie; guérison par l'arsenic. (*Münch. med. Woch.*, 21 mars.) — Lugaro. Du myoclonus. (*Riv. di patol. nerv.*, I, p. 389.) — Krainski. L'état actuel de la question sur l'atrophie musculaire progressive, d'après Kramer. (*Obozr. psych.*, sept.) — Bosc. Amyotrophies familiales des extrémités, à propos de 3 nouveaux cas atypiques. (*Presse méd.*. 26 sept.) — Delon. Un cas d'amyotrophie type Charcot-Marie. (*Loire méd.*, 15 sept.) — Dilles. Atrophie musculaire progressive à début subit. (*J. of nerv. dis.*, août.) — Stowell, Nam-

MACK. Atrophie musculaire progressive. (*N. York Acad. of med.*, 8 oct.) — WIENER. Dystrophie musculaire progressive. (*Amer. j. of med. sc.*, oct.) — LEVY-DORN. Un cas rare de polymyosite et névrite. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 sept. 1895.) — PINCUS. De la soi-disant myosite ossifiante progressive multiple suite de lésions puerpérales. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 179.) KOESTER. De la dermatomyosite primitive aiguë et chronique. (*Nord. med. Ark.*, VI, 18.) — SCHOOPS. Du sarcome primitif intramusculaire. (*Presse méd. belge*, 20 sept.)

Mycosis. — HALLOPEAU et BUREAU. Sur un mycosis fongoïde avec localisation initiale, éruptions polymorphes et végétations axillaire et inguinale. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1082.) — HODARA. Un cas de mycosis fongoïde. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 229.)

Myopie. — FÉVRIER. Pathogénie de la myopie. (*Ann. d'ocul.*, oct.) — MONTI. Nouveau procédé objectif pour la détermination de l'astigmatisme et des différents degrés de myopie et d'hypermétropie. (*Giorn. Accad. di Med. Torino*, avril.) — LAWFORD, CROSS. Traitement de la myopie. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — SILVESTRI. Traitement chirurgical de la myopie. (*Settim. med.*, 16 mai.) — HEILBORN. Lunette pour les hauts degrés de myopie. (*Cent. f. prakt. Aug.*, mars.)

Myxœdème. — VANDERLINDEN. Du myxœdème. (*Belgique méd.*, 15 oct.) — MERRITT. Un cas de bronchocèle unilatérale avec myxœdème. (*Med. Record*, 17 oct.) — SIMON. Myxœdème congénital traité par la médication thyroïdienne. (*Bull. méd.*, 30 août.) — ANDERSSON. Myxœdème traité par les tablettes thyroïdiennes. (*Hygiea*, I, p. 303.)

N

Nævus. — FOX. Nævus vasculaire. (*Amer. j. of. Obst.*, oct.) — BANNERMAN. Nævus pigmentaire. (*Brit. med. j.*, 31 oct.) — FRŒHLICH. Traitement des nævi. (*Med. Biblioth. f. prakt. Aerzte*, n° 3.)

Nerf. — LANGLEY. Les cellules nerveuses du nerf splanchnique. (*J. of Phys.*, XX, p. 223.) — EVE. Les cellules du nerf sympathique et leur constituant basophile dans l'activité prolongée et le repos. (*Ibid.*, XX. p. 334.) — LANGLEY et ANDERSON. — Innervation des viscères pelviens. (*Ibid.*, XX, p. 372.) — KLIATCHKINE. Anatomie du nerf trijumeau. (*Rev. de méd. russe*, 19.) — WALLENDER. Les voies secondaires du trijumeau. (*Anat. Anz.*, XII, p. 474.) — FRITEAU. Les branches extrapétreuses et terminales du nerf facial. (*Thèse de Paris.*) — MEYER. Recherches sur le nerf glosso-pharyngien. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 143.) — BACH. Les nerfs de la cornée et de la sclérotique par la méthode de Golgi-Cajal. (*Arch. f. Aug.*, XXXIII, p. 161.) — BACH. Les nerfs de la paupière chez l'homme. (*Ibid.*, XXXIII, p. 159.) — TROLARD. Sur l'innervation du premier espace interdigital du pied. (*J. de l'Anat.*, juillet.) — BORUTTAU. Des rapports du nerf vague avec la respiration et la digestion. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXV, p. 26.) — WALLENBERG. Physiologie de la racine spinale du trijumeau. (*Neurol.*

Cent., 1er oct.) — Haring. A quel degré l'intégrité des nerfs centripètes est-elle nécessaire pour les mouvements volontaires? (*Wien. klin. Rundsch.*, 25 oct.) — Waller. Influence des réactifs sur l'excitabilité électrique du nerf isolé. (*Brain*, n° 74.) — Velhagen. Etude du processus de réparation après la névrectomie du nerf optique chez le lapin. (*Arch. of Opht.*, XXV, p. 349.) — Park. Résultats de la section ou de la résection au cou des nerfs vague et phrénique, revue avec bibliographie étendue. (*Trans. Americ. surg. Ass.*, XIII, p. 253.) — Harrington. Excision du pneumogastrique gauche et de la carotide dans un cas de cancer du cou. (*Boston med. Journ.*, 1er oct.) — Hoesslin. Des causes de la paralysie multiple des nerfs craniens. (*Münch. med. Woch.*, 19 mai.) — Ehrmann. De la suture des nerfs à distance. (*Thèse de Paris.*) — Mc Phedran. Névrite périphérique. (*Med. News*, 31 oct.) — Moty. Association des névrites et de l'hystéro-traumatisme. (10e *Cong. franç. Chir.*, oct.) — Bondurant. 13 cas de névrite multiple chez des aliénés. (*Med. News*, 3 oct.) — Marinesco. Sur un nouveau cas de polynévrite avec lésions de réaction à distance dans la moelle. (*Soc. de biol.*, 16 mai.) — Feindel. Névrite traumatique du cubital, déviation du doigt, rétraction de l'aponévrose palmaire. (*Rev. de Neurol*, 30 sept.) — Métin. Polynévrite d'origine paludéenne. (*Arch. de méd. nav.*, oct.) — Pieraccini. La méralgie paresthésique et la claudication intermittente de Roth. (*Settim. med.*, 1er août.) — Glorieux. A propos d'acroparesthésie. (*La Policlin. Bruxelles*, 15 sept.) — Dehio. Sur l'érythromélalgie. (*Arch. russes de Pathol.*) — Schenk. Examen du système nerveux dans un cas d'érythromélalgie. (*Wiener med. Presse*, 8 nov.) — Vannini. Etude de l'érythromélalgie. (*Bull. sc. med. Bologna*, VII, nov.) — Pellier. Névralgie superficielle du membre inférieur chez une nouvelle accouchée. (*France méd.*, 31 juill.) — Tubby. Névralgie métatarsienne de Morton, 4 cas. (*Lancet*, 31 oct., et *Brit. med. j.*, 17 oct.) — Hyde. Traitement de la sciatique par la balnéo et climatothérapie. (*Med. Press and Circular*, 21 oct.) — Mouchet. L'élongation des nerfs dans les paralysies post-traumatiques. (*Bull. Acad. de méd.*, 28 juill.) — Mouchet. L'élongation des nerfs comme traitement des névrites. (*Ibid.*, 28 juill.) — Thomson. De la neurofibromatose et des tumeurs des nerfs. (*Brit. med. j.*, 10 oct.) — Baylac et Fabre. Un cas de neurofibromatose généralisée. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 oct.) — Schenen, Hartmann. Des névromes secondaires malins. (*Brit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 157 et 177.)

Nerveux (Système). — Holmgren. Du système nerveux cutané des arthropodes. (*Anat. Anz.*, XII, p. 449.) — Neal. De la segmentation du système nerveux chez les squalus acanthias. (*Ibid.*, XII, p. 377.) — Beard. Disposition du système nerveux transitoire dans les séries scyllium, mustelus et torpedo. (*Ibid.*, p. 371.) — Nemek. Etude du système nerveux périphérique de quelques crustacés. (*Ibid.*, XII, p. 435.) — Obersteiner. Anatomie des centres nerveux, guide pour l'étude de leur structure à l'état normal et pathologique, traduit par Coroenne. (In-8°, 512 p., *Paris.*) — Ramon y Cajal. Structure du protoplasma nerveux. Relation des cellules nerveuses et névrogliques. (*Rev. trim. micrograf.*, mars.) — Demoor. La plasticité morphologique des neurones cérébraux. (*Arch. de Biol.*, XIV, p. 723.) — — Dercum. Fonctions des neurones. (*J. of nerv. dis.*, août.) — Lewis. Centrosome et sphère dans les cellules nerveuses d'invertébrés. (*Anat. Anz.*, XII, p. 291.) — Szymonowicz. Structure et développement des terminaisons nerveuses dans le bec du canard. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 329.) — Pollack. Recherches sur la névroglie et sur sa coloration. (*Ibid.*, XLVIII, p. 274.) — Stephenson. Un cas de fibres nerveuses à double contour. (*Arch. f. Aug.* XXXIII, p. 100.) — Ruffini. Nouvelle gaine dans le

tractus terminal des fibres nerveuses périphériques. (*Anat. Anz.* XII, p. 467.) — Telatnik. Modification de la coloration des cellules nerveuses d'après Nissl. (*Obozr. psych.*, sept.) — Apolant. Du ganglion ciliaire. (*Arch. f. Phys.*, p. 344.) — Levi. Sur le pouvoir proliférant de la cellule nerveuse. (*Riv. di patol. nerv.*, I, p. 385.) — Buccelli. Influence du tabac sur les maladies du système nerveux. (*Ibid.*, I, p. 386.) — Pope. Etiologie et traitement des maladies nerveuses. (*Med. News*, 12 sept.) — De Cérenville et Stilling. Petites contributions à la pathologie du système nerveux. (*Mitth. klin. und med. Inst. Schweiz*, IV, 2.) — Browning. Troubles trophiques cutanés dans certaines maladies nerveuses d'origine centrale. (*J. of nerv. dis.*, sept.) — Head. Troubles de la sensibilité, de la douleur dans les madies viscérales. (*Brain*, n° 74.)—Fleming. De la dégénérescence ascendante et des modifications qui en dépendent dans les cellules nerveuses. (*Brit. med. j.*, 3 oct.) — Discussion à la Brit.-Assoc. sur le traitement des troubles mentaux et nerveux par les extraits animaux. (*Ibid.*, 26 sept.)

Névrose. — Bruns. Nouveaux travaux sur les névroses traumatiques. (*Schmidt's Jahrb.*, CCLII, p. 73.) — Adamkiewicz. Pseudonévrose traumatique. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 148.) — Vetlesen. Sur une névrose du grand sympathique. (*Norsk Mag.*, juill.) — Hoffmann. La crampe des écrivains. (56 p., *Halle.*) — Mathieu. Neurasthénie et artério-sclérose. (*Gaz. des hôp.*, 3 nov.) — Breton. Un cas d'éreutrophobie obsédante. (*Ibid.*, 20 oct.) — Féré. Névropathie et malformation fraternelles. (*Soc. de Biol.*, 7 nov.) — Lagrange. Les neurasthéniques à Vichy. (*Rev. mal. de la nutrition*, oct.) — Morselli. Travaux récents sur le traitement de la neurasthénie. (*Gaz. d. Osped.*, 8 nov.) — Harvey. Traitement de la neurasthénie. (*Americ. med. Bull.*, 19 sept.) — Dornbluth. Traitement de certaines névroses spasmodiques (asthme bronchique, crampe des écrivains, tic convulsif. (*Münch. med. Woch.*, p. 128, 11 fév.)

Nez. — Killian. De la rhinoscopie moyenne. (*Münch. med. Woch.*, p. 768, 18 août.) — Bergeat. Visibilité du cornet supérieur dans les fosses nasales non atrophiées. (*Mon. f. Ohr.*, 6.) — Moure. De l'influence de certaines maladies du nez et des cavités accessoires sur la santé générale. (*Abeille méd.*, 17 oct.) — Barclay. Maladies du nez et de la gorge chez l'enfant. (*Med. News*, p. 388, 3 oct.) — Bishop. Etude clinique de 31,000 cas d'affections de l'oreille, du nez et de la gorge. (*J. Americ. med. Ass.*, 26 sept.) — Stucky. Des affections des fosses nasales et des sinus. (*Americ. Pract. and News*, 27 juin.) — Bresgen. Pathologie et thérapeutique du nez, de la bouche, du pharynx, du larynx et de la trachée. (3e édit., *Vienne* et *Leipzig.*) — Farber. Classification et nomenclature des maladies, spécialement des rhinites. (*N. York med. j.*, 31 oct.) — Dunn. Développement de l'aspergillus glaucus dans les cavités nasales. (*Zeit. f. Ohr.*, XXIX, 1.) — Blondiau. Réflexes déterminés par certains états pathologiques du nez. (*Soc. belge d'Otol.*, 7 juin, et *Rev. int. de rhinol.*, sept.) — Schech. L'asthme nasal et ses rapports avec l'emphysème. (*Münch. med. Woch.*, p. 377, 18 août.) — Lermoyez. Pathogénie et traitement des rhinites spasmodiques, (*Rev. odont.*, août.) — Fink. Du coryza chez l'enfant. (*Samml. Abhand. aus d. Gebiete d. Nasenkrank.*, I, 2.) — Furst. Traitement des rhagades et du coryza sec des petits enfants. (*Therap. Monats.*, p. 323, juin.) — Kyle. L'hydrorrhée nasale. (*J. Americ. med. Ass.*, 26 sept.) — F. Pluder. De la rhinite fibrineuse diphtérique. (*Deut. med. Woch.*, 29 oct.) — Maxwall. Effets de l'obstruction nasale sur l'accommodation. (*Brit. med. j.*, 20 sept.) — Bronner. Importance du diagnostic précoce de l'obstruction nasale chez l'enfant. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Phillips. Causes et prophylaxie du

catarrhe chronique du nez, de la gorge et des oreilles chez les jeunes enfants. (*Americ. med. Bull.*, 17 oct.) — Rumbold. Traitement consécutif des inflammations nasales chroniques. (*St-Louis med. j.*, oct.) — Blondiau. Sur la transfixion du cornet dans l'hypertrophie. (*Soc. belge d'otol.*, 7 juin.) — Coolidge. De l'hémostase dans quelques opérations sur la gorge et le nez. (*N.-York med. j.*, 12 sept.) — Stoker. Emploi chirurgical de l'oxygène. (*Brit. med. j.*, 24 oct.) — Stoker. Traitement des maladies du nez et de l'oreille par l'oxygène. (*N.-York med. j.*, 29 août.) — Ingraham. La cocaïne en badigeonnages sur la muqueuse nasale dans le traitement des nausées. (*Americ. med. Bull.*, 15 août.) — Mueller. Des lavages sous pression dans le traitement des rhino-pharyngites. (*Semaine méd.*, 11 nov.) — Loeb. L'électro-cautère comme agent d'excision dans les affections du nez et de la gorge. (*J. Americ. med. Ass.*, 3 oct.) — Della Vedova. Sur l'étiologie de l'ozène et sa curabilité par la sérothérapie. (*Arch. ital. di Otol.*, IV, p. 334.) — Pes et Gradenigo. Notes bactériologiques sur l'ozène. (*Giorn. Acad. med. Torino*, juin.) — Cardoso. De l'ozène et son traitement par le sérum diphtérique. (*Thèse de Lisbonne.*) — Porcher. Traitement de la rhinite atrophique. (*N. York med. j.*, 29 août.) — Matlack. Chancre du nez, kyste du nez. (*N. York med. j.*, 10 oct.) — Knight. Lésions nasales de la syphilis, traitement. (*N. York med. j.*, 19 sept.) — Rochard et Gouguenheim. Séquestres énormes de la fosse nasale gauche, syphilis antérieure, impossibilité d'extraction de ces séquestres par les voies naturelles et après l'opération de Rouge, opération d'Ollier; extraction immédiate, guérison. (*Ann. mal. de l'or.*, oct.) — Ardin-Deltheil. Ulcère perforant de la cloison nasale. (*Nouv. Montpellier méd.*, 24 oct.) — Gourdiat. Observation de pseudo-néoplasmes tuberculeux des fosses nasales. (*Province méd.*, 26 sept.) — Gouguenheim. Les traumatismes de la cloison nasale. (*Semaine méd.*, 16 sept.) — Herk. Sur le traitement des abcès de la cloison. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 378.) — Pollak. De la périchondrite séreuse de la cloison nasale. (*Mon. f. Ohr.*, 7.) — Killian. La ponction exploratrice des sinus du nez. (*Münch. med. Woch.*, p. 723, 4 août.) — Goris. Des rapports des empyèmes des sinus avec l'anorexie. (*Soc. belge d'otol.*, 7 juin.) — Peavler. Lésions des sinus du nez. (*Med. News*, 10 oct.) — Tilley. Etude du sinus frontal sur 120 crânes, traitement des sinusites. (*Lancet*, 26 sept.) — Ahlstrom. Sur l'empyème des sinus frontaux. (*Nord. med. Arkiv*, VI, 12.) — Baron. Abcès du sinus frontal. (*J. of laryng.*, oct., p. 186.) — Stoker. Abcès du sinus frontal traité par l'oxygène. (*Ibid.*) — Hupperz. Des sinusites frontales, leur traitement. (*Thèse de Marbourg.*) — Margarucci. Contribution à la chirurgie des sinus frontaux. 1 cas d'empyéme, 2 d'hydropisie, 1 d'ostéome. (*Arch. ital. di Otol.*, IV, p. 457.) — Adelheim. Mucocèle du sinus ethmoïdal. (*Westn. Oftalm.*, p, 223, mai.) — Réthi. Des malformations de la cloison nasale au point de vue général et spécial. (*Samml. Abhand. aus d. Gebiete d. Nasenkrank.*, I, 9.) — Myles. La chirurgie du vestibule nasal de certaines formes de sténose et de défiguration faciale. (*J. Americ. med. Ass.*, 26 sept.) — Roe. Etiologie des déviation et éperons de la cloison nasale. (*N. York med. j.*, 10 oct.) — Moure. Pathogénie et traitement des déviations et éperons de la cloison du nez chez les jeunes enfants. (*J. méd. Bordeaux*, 18 oct.) — Watson. Opération de déviation de la cloison. (*N. York med. j.*, 3 oct.) — Casselberry. L'électrolyse dans le traitement des végétations de la cloison nasale. (*J. Americ. med. Ass.*, 12 sept.) — Noquet. Un cas de tumeur fibro-cartilagineuse, cellulaire et télangiectasique de la cloison. (*Soc. belge d'Otol.*, 7 juin.) — Polo. Présentation d'un rhinolithe phosphatique formé sur un noyau de cerise. (*Rev. hebd. de Lar.*, 15 août.) — Mulford. Polype du nez de volume anormal. (*Amer. med. Bull.*, 8 fév.) — Rendu. Epistaxis répé-

tées chez un sujet porteur de petits angiomes cutanés et muqueux. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 oct.) — Lermoyez. Idem. (*Ibid.*, 28 oct.) — Ripault. Sténose nasale double par exostose due à la syphilis héréditaire. (*Ann. mal. de l'or.*, sept.) — Thomas. Exostose du sinus frontal. (*Liverpool med. Inst.*, 8 oct.) — Tikoff. Traitement chirurgical des ostéomes des fosses nasales. (*Ann. de Chir. russes*, 5.) — Shorter. De la valeur du diagnostic précoce des affections malignes de la cavité nasale. (*J. Americ. med. Ass.*, 19 sept.) — Acerbi. Endothéliome de la fosse nasale chez une femme atteinte de rhinite caséeuse. (*Arch. ital. di Laring.*, XVI, p. 109.) — Wilkin. Sarcome du vestibule du nez. (*J. of Laryng.*, p. 185, oct.) — Thorner. Sur quelques accidents peu communs consécutifs à des opérations nasales et pharyngiennes. (*J. Americ. med. Ass.*, 26 sept.) — Castex. Rhinotomie transversale inférieure. (10e *Cong. franç. de Chir.*)

O

Obésité. — Maragliano. Traitement de l'obésité. (*Gaz. d. Osped.*, 23 août.) — Mathieu. Le traitement de l'obésité par la médication thyroïdienne. (*Gaz. des hôp.*, 29 sept.) — Chéron. Le traitement de l'obésité. (*Bull. méd.*, 8 nov.)

Occlusion intestinale. — Naoumoff. Des occlusions intestinales post-opératoires. (*Thèse de Montpellier.*) — Attodini. De l'occlusion intestinale vraie aiguë consécutive à l'hystérectomie vaginale. (*J. méd. Bruxelles*, 29 oct.) — Gutierez. Sur l'occlusion intestinale aiguë consécutive à l'hystérectomie vaginale. (*Cong. de gyn.*, *Semaine méd.*, 9 sept.) — Harrington. Obstruction intestinale par volumineux calcul biliaire ; opération, guérison. (*Boston med. Journ.*, 27 août.) — Renton. 3 cas d'invagination intestinale, laparotomie, guérison. (*Brit. med. j.*, 17 oct.) — Oliver. Occlusion intestinale pendant deux mois sans symptômes graves, guérison. (*Ibid.*, 26 sep.) — Parker. Invagination, guérison par gangrène, autopsie 3 ans après. (*Ibid.*) — Colle. Occlusion intestinale par volvulus d'une anse de l'intestin grêle au cours d'une péritonite tuberculeuse. (*Bull. méd.*, 18 oct.) — Simon. Obstruction rectale par des fragments d'os de grenouilles. (*Bull. méd.*, 3 sept.) — Witthauer. De l'ileus. (*Münch. med. Woch.*, 10 mars.) — Prioleau. Volvulus et lavements forcés avec ponctions capillaires des anses distendues. (*Cong. Ass. franç. Tunis.*) — Thornton. Un cas d'obstruction intestinale par des grains de raisins. (*Boston med. Journ.*, 1er oct.) — Longo. Deux cas de laparotomie pour occlusion intestinale. (*Riforma med.*, 27 août.) — Clutton. Résection de l'S iliaque pour obstruction chronique. (*London clin. soc.*, 23 oct.)

Œdème. — Yarian. Œdème angio-neurotique. (*Med. News*, 29 août.) — Meinert. Œdème aigu toxique de la peau. (*Wien. med. Presse*, 19 avril.) — Strongenski. Influence de l'application de bandes d'Esmarch dans l'œdème des membres inférieurs sur le pouls, la respiration, la diurèse. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Hamburger. Hydropisie par stagnation et résorption. (*Archiv f. path. Anat.*, CXLI, 2.)

Œil. — Stutzer. Du tissu élastique dans l'œil. (*Deut. med. Woch.*, 15 oct.) — Michel. De la décussation des fibres optiques dans le chiasma. (24e *Con-*

grès d'Ophtalmol. Heidelberg.) — Niesnamoff. Des proportions quantitatives de filtration et de sécrétion du liquide de la chambre. (*Arch. f. Opht.*, XLII, 4, p. 1.) — Crzellitzer. De la théorie de l'accommodation de Tscherning. (*Ibid.*, XLII, p. 36.) — Fuchs. De l'érythropsie. (*Ibid.*, XLII, 4, p. 207.) — Sulzer. Quelques résultats de l'ophtalmométrie clinique. (*Ann. d'oeul.*, oct.) — Henry. Lois d'établissement et de persistance de la sensation lumineuse, déduites de recherches nouvelles sur les disques rotatifs. (*Acad. des Sc.*, 19 oct.) — Henry. La perception lumineuse dans ses rapports avec le diagnostic et le pronostic des affections oculaires. (*Opht. review*, fév.) — De Bono. La loi du temps dans la perception des couleurs. (*Arch. di ottalm.*, IV, p. 22.) — Tschiriew. Nouvelle hypothèse des sensations colorées. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 975.) — Demicheri. Le champ visuel dans les cas de scotome central. (*Arch. d'opht.*, avril.) — Basevi. Thermométrie et stéthoscopie oculaires. (*Ann. di ottalm.*, XXV, p. 269.) — Cohn. De l'état de la vue des habitants et de la station marine d'Helgoland. (*Deut. med. Woch.*, 22 oct.) — Straub. Etudes statistiques sur l'amblyopie congénitale. (*Arch. f. Aug.*, XXXIII, p. 167.) — Dufour. L'hygiène de l'œil. (*J. Americ. med. Ass.*, 29 août.) — Pooley. L'ophtalmoscope élément de diagnostic des maladies du cerveau venant compliquer des affections purulentes de l'oreille moyenne. (*Med. Record*, 15 août.) — Bickerton. Cécité des couleurs et myopie dans la marine marchande. (*Brit. med. j.*, 31 oct.) — Greeff. Des modifications des cellules de la névroglie dans le nerf optique enflammé et dégénéré. (*Arch. f. Aug.*, XXXIII, p. 211.) — Truc. Assistance, éducation et instruction des aveugles. (*N. Montpellier méd.*, 19 sept.) — Truc. Hygiène des maladies oculaires. (*Ibid.*, 27 sept.) — Dufour. L'ophtalmologie et ses progrès depuis 50 ans. (*Lausanne.*) — Dolganow. Compte rendu de la Commission pour la prophylaxie de la cécité pour l'année 1895. (*St-Pétersbourg.*) — De Beauvais. Simulation d'amblyopie attribuée à la lumière des éclairs. (*J. de méd. Paris*, 6 sept.) — Ovio. Action spéciale de la cocaïne sur la fonction visuelle. (*Ann. di ottalm.*, XXV, p. 257.) — Claiborne. Les effets des poisons intrinsèques sur l'œil. (*N. York Acad. of med.*, 15 oct.) — Kipp. Les maladies des yeux au point de vue des maladies générales infectieuses. (*Ibid.*) — Holden. Les troubles visuels liés aux maladies nerveuses. (*Ibid.*) — Evans. Ophtalmie phlycténulaire. (*Med. News*, 7 nov.) — Gelpke. Du catarrhe congestif épidémique aigu, sa cause, bacillus septatus. (*Arch. f. Opht.*, XLII, 4, p. 97.) — Ferguson. L'ophtalmie des nouveau-nés. (*Americ. med. Bull.*, 26 sept.) — Zimmermann. La prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés. (*Medicine*, oct.) — Bell. Formaline contre l'ophtalmie purulente. (*Med. News*, 5 sept.) — Basevi. Traitement de l'ophtalmie granuleuse. (*Ann. di ottalm.*, XXV, p. 275.) — Schirmer. Des affections post-diphtéritiques de l'œil. (*Samml. Abhandl. aus d. Geb. d. Augenh.*, I, 4.) — Hugues. De l'évidement de l'œil dans la panophtalmie. (*N. Montpellier méd.*, 12 sept.) — Bocci. L'argentamine en thérapeutique oculaire. (*Ann. di ottalm.*, XXV, p. 289.) — Gallemaerts. Le chlorhydrate d'eucaïne en ophtalmologie. (*La Policlin. Bruxelles*, 15 sept.) — Best. Eucaïne en ophtalmologie. (*Deut. med. Woch.*, 3 sept.) — Germaix. Emploi de la cocaïne dans la chirurgie oculaire. (*Rec. d'opht.*, sept.) — Dufour. Les injections sous-conjonctivales en thérapeutique oculaire. (*Lausanne.*) — Nuel. Anatomie pathologique de diverses formes de lésions de la macula. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Linder. L'ophtalmie sympathique de l'œil gauche ; énucléation de l'œil droit ; amélioration progressive. (*Wiener med. Woch.*, 22 août.) — Angelucci. Recherches sur l'ophtalmie sympathique. (*Arch. di ottalm.*, IV, p. 12.) — Abelsdorff. La prophylaxie de l'ophtalmie sympathique. (*Arch. f. Aug.*, XXXIII, 4.) — Poulet. De l'ophtalmoplégie sensitivo-motrice avec atrophie optique par

syphilis acquise. (*Thèse de Paris*). — Hayne. Paralysie de la convergence sans troubles des mouvements associés. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 329.) — Åhlström. De la paralysie récidivante de l'oculo-moteur. (*Opht. review*, XV, p. 191.) — Joffrio. Traitement de l'atrophie du nerf optique par les injections profondes d'antipyrine. (*Vratch*, 1er août.) — Köppen. 2 cas d'hémiopie dont l'un avec troubles de la sensibilité d'origine organique. (*Berl. klin. Wochens.*, 11 mai.) — Moll. Artère du corps vitré, membrane pupillaire et dilatation du réseau veineux sous-conjonctival sur le même œil. (*Centralbl. f. prakt. Augenh.*, mars.) — Walk. Opération de raccourcissement des muscles oculaires dans l'asthénopie. (*N. York med. j.*, 7 nov.) — Spiro. Un cas d'ectropion congénital de l'uvée. (*Cent. f. prakt. Aug.*, oct.) — Allen. Un cas de cyclopie. (*Med. Record*, 15 août.) — Deschamps. Un cas de chirurgie oculaire. (*Dauphiné méd.*, 1er mai.) — Andogsky. La question de l'infection dans les opérations sur les yeux. (*Arch. f. Aug.*, XXXIII, p. 11.) — Bach. Antisepsie ou asepsie dans les opérations sur l'œil, étude bactériologique. (*Ibid.*, p. 1.) — Hartridge. Antisepsie dans la chirurgie ophtalmologique. (*Practitioner*, nov.) — Trousseau. Les traumatismes oculaires chez les enfants. (*J. de méd. et chir. prat.*, 10 nov.) — Dariex. Cas de brûlures graves des yeux. (*France méd.*, 24 juill.) — Kuthe. Le cuivre dans l'œil. (*Cent. f. prakt. Aug.*, oct.) — Valude. De l'électro-aimant en chirurgie oculaire, extraction ou diagnostic des fragments de fer ou d'acier. (*Méd. mod.*, 19 sept.) — Bickerton. Avantages de l'opération de Mules d'ablation de l'œil. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — Robert. Cysticerque de l'œil. (*Bull. Soc. de Chir.*, XXII, p. 542.) — Roberts. Exophtalmie par fractures du frontal, aliénation, trépanation, mort. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 302.) — Rochon-Duvigneaud. Diagnostic, pronostic et traitement des tumeurs intra-oculaires. (*Gaz. des hôp.*, août.) — Hartridge. Kystes de la chambre antérieure. (*Lancet*, 26 sept.) — Abelsdorff. Métastases cancéreuses dans le tractus uvéal des deux yeux. (*Arch. f. Aug.*, XXXIII, p. 34.) — Weiss et Goerlitz. Un cas de microphtalmie avec colobome du nerf optique (*Arch. f. Aug.*, XXXIII, p. 101.) — Cabannes. Tumeur de l'angle interne de l'œil gauche prise pour un sarcome. Epithelioma pavimenteux lobulé. (*Gaz. heb. Paris*, 14 juin.)

Œsophage. — Rosenheim. De l'œsophagoscopie et de la gastroscopie. (*Deut. med. Woch.*, 22 oct.) — Lichty. Un cas d'absence congénitale de l'œsophage. (*J. Americ. med. Ass.*, 22 août.) — Mixter. Diverticule œsophagien congénital, résection, suture de l'œsophage, guérison. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIII, p. 357.) — Girard. Traitement des diverticules de l'œsophage.) (10e *Cong. franç. de chir.*, p. 392.) — Brothers. Hypnotisme et suggestion dans le rétrécissement spasmodique de l'œsophage. (*Med. Record*, 29 août.) — Castellino. Les pulsations laryngo-trachéales dans le cancer de l'œsophage. (*Semaine méd.*, 31 oct.) — Galliard. Fistule œsophago-pulmonaire compliquant un épithélioma de l'œsophage. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 juill.) — Gastreich. Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. (*Thèse de Kiel.*) — Frœlich. Des effets de la gastropexie sur les rétrécissements cancéreux de l'œsophage. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mars.) — Levy. De la résection de l'œsophage. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 17 oct.)

Orbite. — Mitvalsky. De la thrombo-phlébite orbitaire. (*Arch. d'opht.*, janv.) — Bull. Evolution et pronostic des tumeurs de l'orbite. (*N. York med. j.*, 29 août.) — Knaggs. Sarcome de l'orbite, récidive 15 mois après l'ablation. (*Lancet*, 19 sept.) — Achenbach. Un cas de mélanosarcome de l'orbite, ayant pris naissance dans le tissu épiscléral du bulbe. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLIII, 2.) — Fromaget. Cysticerques de l'orbite. (*Arch. d'opht.*, janv.)

Oreille. — Schulzke. Sur l'anatomie topographique de l'oreille et ses rapports avec la forme du crâne. (*Arch. f. Ohr.*, XL, 3.) — Sperino. Sur quelques modalités du pavillon de l'oreille humaine. (*Giorn. accad. di medic. Torino*, août.) — Chiucini. Procédés de section anatomique de l'os temporal. (*J. of laryng.*, nov.) — Ewald. Des rapports entre les centres moteurs cérébraux et le labyrinthe. (68e *réun. des natur. allem. Francfort*, 21 sept.) — Broca et Lenoir. Sur un cas de persistance du cartilage de Meckel avec absence de l'oreille externe du même côté. Considérations sur le développement du maxillaire inférieur et des osselets de l'ouïe. (*J. de l'anat.*, sep.) — Luzzati. Sur la perception osseuse du battement d'une montre. (*Gaz. med. Torino*, 15 oct.) — Hammerschlag. Sur les mouvements de la membrane du tympan provoqués par la respiration et les pulsations cardiaques. (*Wiener med. Woch.*, 19 sept.) — Gowers. Les sensations subjectives de son. (*Brit. med. j.*, 14 nov.) — Raugé. Le relief acoustique et l'audition bi-auriculaire. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 345.) — Luzzati. Le champ auditif dans l'espace. (*Giorn. accad. di med. Torino*, avril.) — D'Abundo. Audition colorée. (*Riv. clin. e terapeutica*, oct.) — Raugé. Sur les notations acoumétriques. (*Cong. Ass. franç. Tunis.*) — Bezold. Des divers procédés d'épreuves pour l'examen de l'audition. (*Arch. of otol.*, XXV, p. 274.) — Merrick. Cas de réflexes auriculaires. (*Brit. med. j.*, 10 oct.) — Lavrand. Mutité chez les entendants. (*Rev. hebd. de lar.*, 29 août.) — Steuer. Les maladies communes de l'oreille en images. (*Med. Bibl. f. prakt. Aerzte*, n° 41.) — Politzer. Atlas des aspects du tympan à l'état sain et pathologique. (*Vienne.*) — Jankau. Notes d'otologie. (*Deut. med. Woch.*, 10 sept.) — Gradenigo. Comptes rendus de la clinique otolaryngologique de Turin du 1er janvier 1895 au 30 juin 1896. (*Arch. ital. di otol.*, IV, p. 489.) — Ostmann. Maladies de l'oreille simulées et méconnues. (*Mon. f. Ohr.*, sept.) — Bonnier. Sur une forme de surdité d'origine génitale. (*Rev. hebd. de lar.*, 3 oct.) — Hagedorn. Des rapports des maladies générales, des affections du nez et du cou avec l'oreille. (*Samml. Abhand. aus d. Gebiete d. Nasenkrank.*, I, 10.) — Schmaltz. Des rapports des inflammations aiguës de l'oreille moyenne avec l'organisme sain. (*Ibid.*, I, 3.) — Bezold. Le pouvoir auditif dans les cas d'atrésie congénitale bilatérale du conduit avec pavillon rudimentaire. (*Arch. of Otol.*, XXV, p. 127.) — Werhovsky. Examen de la durée de l'audition à l'échelle musicale dans les maladies de l'oreille moyenne et interne. (*Ibid.*, XXV, p. 152.) — Gaudier. Du cathétérisme de la trompe d'Eustache. (*Nord méd.*, 1er nov.) — Courtade. Du lavage de la caisse avec une nouvelle sonde. (*J. de méd. Paris*, 27 sept.) — Coosemans. Corne cutanée du pavillon. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIV, p. 189.) — Haan. Otite externe séborrécique. (*J. mal. cut.*, 6.) — Ostmann. Rétrécissement cicatriciel du conduit auditif externe traité avec succès par l'électrolyse. (*Semaine méd.*, 2 sept.) — Church. L'inflammation aiguë de l'oreille moyenne. (*Americ. med. Bull.*, 14 sept.) — Mc Cassy. Otite moyenne purulente aiguë et chronique. (*Med. Record*, 29 août.) — Pes et Gradenigo. L'inflammation aiguë de l'oreille moyenne produite par le bacille pyocyanique. (*Arch. of Otol.*, XXV, p. 149.) — Burnett. Otite moyenne aiguë causée par une douche nasale. (*Philad. policlin.*, V, 28.) — Pegler. Otite moyenne aiguë hémorragique. (*J. of laring.*, oct. p. 191.) — Chambellan. Polypes du conduit auditif externe survenues dans le cours d'otites externes aiguës. (*J. de clin. inf.*, 5 nov.) — Plancke. Des complications rapidement mortelles au cours des affections auriculaires. (*Thèse de Paris.*) — Gomperz. Moyens d'obtenir la cicatrisation des perforations tympaniques. (*Wien. klin. Woch.*, 17 sept.) — Villa. Le bioxyde d'hydrogène et l'iode naissant dans l'otite moyenne suppurée chronique. (*Arch. ital. di otol.*, IV, p. 320.) — Cheatham. Le pyrozone et l'acide chlorhydrique

dilué dans les affections suppuratives de l'oreille moyenne. (*Med. Record*, 12 sept.) — Cohen-Kysper. Sur le traitement de la surdité dans le catarrhe chronique et après suppuration de la cavité tympanique. (*Deut. med. Woch.*, 5 nov.) — Fruitnight. Importance du diagnostic précoce et du traitement de l'otite moyenne. (*Med. News*, 12 sept.) — Shastid. Quelques observations sur le traitement de la surdité catarrhale chronique. (*J. Americ. med. Ass.*, 19 sept.) — Dencr. Le traitement de l'otorrée, son importance. (*N. York med. j.*, 31 oct. p. 592.) — Cheatle. L'antre mastoïdien, partie de l'oreille moyenne. (*Arch. of otol.*, XXV, p. 271.) — Lichtwitz. Un cas de mastoïdite de Bezold, ouverture de l'abcès cervical et de l'antre, résection de l'apophyse mastoïde, guérison. (*Arch. clin. Bordeaux*, juill.) — Delsaux. Otite moyenne suppurée compliquée de thrombose sinusienne. (*Soc. belge d'otol.*, 7 juin.) — Fridenberg. Les mastoïdites latentes. (*Med. News*, 24 oct.) — Bonivento. La mastoïdite suppurée et la trépanation de l'antre. (*Riv. veneta di sc. med.*, 15 oct.) — Kœrner. Symptômes de la phlébite du sinus caverneux. (*Zeit. f. Ohr.*, XXIX, 3.) — Hegetschweiler. La mastoïdite de Bezold avec phénomènes pyohémiques. (*Zeit. f. Ohr.*, XXIX, 3.) — Brunner. L'action pathogène du bacille de Friedländer. Un cas d'infection générale métastatique à la suite d'otite moyenne et d'empyème de l'apophyse mastoïde. (*Münch. med. Woch.*, 31 mars.) — Adams. Thrombose du sinus latéral suite d'otorrée, opération, guérison. (*N. York med. j.*, 29 août.) — Roy. Un cas d'inflammation primitive et d'abcès de l'apophyse mastoïde. (*J. Americ. med. Ass.*, 12 sept.) — Denker. Phlébite du sinus d'origine otique et pleurésie purulente, opération, guérison. (*Mon. f. Ohr.*, sept.) — Hinde. Un cas de suppuration mastoïdienne guérie sans trépanation. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 22 août.) — Rimini. Pyohémie suite d'otite moyenne aiguë, guérison. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIV, p. 198.) — Bronner. Quelques modifications récentes dans le traitement chirurgical de l'attique et de la mastoïde. (*Brit. med. j.*, 17 oct.) — Alderton. L'opération de l'antrotomie mastoïdienne pour la cure des otites invétérées, description d'un antrotome. (*Arch. of otol.*, XXV, p. 255.) — Lake. Nouveau procédé d'autoplastie du méat externe dans les opérations sur la mastoïde. (*Ibid.*, p. 268.) — Moll. Un cas de trépanation mastoïdienne dans lequel il existait une irrégularité dans la région du promontoire. (*Rev. hebd. de lar.*, 12 sept.) — Gradenigo. Pathologie et chirurgie de l'apophyse mastoïde. (*Giorn. accad. di med. Torino*, juin.) — Cozzolino. Historique des progrès de la chirurgie auriste dans les mastoïdotomies. (*Riv. clin. e terap.*, juin.) — Rousseaux et Hennebert. Trépanation de l'antre mastoïdien, considérations nouvelles. (*Soc. belge d'otol.*, 7 juin.) — Gradenigo. Contribution à la pathologie et la chirurgie de la mastoïde, 136 cas opérés, 48 aigus, 88 chroniques. (*Arch. ital. di otol.*, IV, p. 341.) — Stewart. Pyohémie du sinus latéral, suite d'otite suppurée, trépanation, guérison. (*Lancet*, 7 nov.) — Faraci. Chirurgie de l'oreille moyenne, examen des résultats au point de vue auditif des diverses opérations. (In-8°, 427 p. *Rome*, 1895.) — Poulsen. Abcès temporal d'origine otique, résection cranienne. (*Hosp. Tidende*, IV, p. 229.) — Gruber. Des affections intracraniennes d'origine otique, 232 cas. (*Mon. f. Ohr.*, 7.) — Politzer. De l'ouverture opératoire de l'oreille moyenne, 53 cas. (*Ibid.*) — Urbantschitsch. Série de 72 cas. (*Ibid.*) — Rivière. Phébite des sinus et septico-pyohémie consécutive aux suppurations anciennes de l'oreille. (10e *Cong. franç. de chir.*, p. 273.) — Broca. Abcès du cerveau d'origine otique. (*Ibid.*, p. 268.) — Hamon du Fougeray. Abcès du cou consécutifs aux inflammations de l'oreille moyenne. (*Ibid.*, p. 361.) — White. Trépanation pour abcès temporo-sphénoïdal suite d'otite, guérison. (*Lancet*, 26 sept.) — Bacon. Otite moyenne aiguë suivie d'abcès du lobe temporosphénoïdal, opération, mort de choc. (*Arch. of*

otol., XXV, p. 349.) — Milligan. Abcès temporo-sphénoïdal suite d'otite suppurée gauche, opération, hernie du cerveau, mort. (*Ibid.*, p. 265.) — Randall. Abcès extradural consécutif à une mastoïdite suppurée. (*J. Americ. med. Ass.*, 12 sept.) — Lederman. Affections cérébrales consécutives à des suppurations de l'oreille moyenne (*Ibid.*, 12 sept.) — Morf. Abcès du lobe occipital d'origine otique. (*Zeit. f. Ohr.*, XXIX, 3.) — Alt. Apoplexie du labyrinthe chez les ouvrières travaillant dans l'air comprimé. (*Mon. f. Ohr.*, août.) — Burnett. Vertige tympanique chronique, amélioration par l'ablation de l'enclume. (*Amer. j. of med. sc.*, oct.) — Gevaert. Un cas typique de maladie de Ménière. (*Soc. belge d'otol.*, 7 juin.) — Gourivaud. De l'ankylose des osselets de l'ouïe. (*Thèse de Toulouse.*) — Jankau. Du double massage, nouvelle méthode de traitement dans les affections de l'oreille. (*Deut. med. Woch.*, 12 nov.) — Ostmann. Plaie pénétrante de l'oreille droite. (*Ibid.*, 12 nov.) — Scheppegrell. Des tumeurs chéloïdiennes de l'oreille externe. (*N. Yord med. j.*, 17 oct. et *Rev. hebd. de lar.*, 31 oct.) — Scheibe. Diagnostic et traitement du cholestéatome dans l'otite moyenne suppurée chronique. (*Arch. of otol.*, XXV, p. 132.) — Robertson. Hématome de l'oreille. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — Gruber. Angiome de l'oreille. (*Soc. autrich. d'otol.*, *Mon. f. Ohr.*, 7.) — Denker. Epithelioma du méat cartilagineux et cutané et du pavillon. (*Arch. of otol.*, XXV, p. 146.) — Danziger. Du cancer du rocher. (*Arch. f. Ohr.*, XLI, 1.)

Oreillon. Lafforgue. Sur un mode particulier du début des oreillons. (*Méd. mod.*, 26 sept.) — Busquet. De la récidive des oreillons. (*Rev. de chir.*, sept.) — Megray et Walsh. Sur la bactériologie des oreillons. (*Med. Record*, 26 sept.)

Os. — Royetzki. Sur la fonction hématopoïétique de la moelle osseuse. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Joachimsthal. 5 cas d'absence congénitale d'os longs. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 356, 20 avril.) — Phocas et Potel. Sur l'absence congénitale de la rotule. (*Rev. d'orthop.*, 1er sept.) — Franzke. De la périostite albumineuse. (*Ann. de chir. russes*, 2.) — Ehrich. Des foyers purulents latents des os. (*Münch. med. Woch.*, p. 693, 28 juill.) — Vallin. Les ostéites post-typhiques. (*J. sc. méd. Lille*, 3 oct.) — Bérard. Sur un cas d'ostéomyélite larvée. (*Bull. méd.*, 15 nov.) — Steenfeld. Un cas guéri d'ostéomyélite aiguë de la main gauche (guérison contrôlée six ans après par les rayons de Roentgen.) (*Münch. med. Woch.*, 3 mars.) — Tixier. Ostéomyélite aiguë de l'omoplate chez un homme de 58 ans; ostéomyélite aiguë des vieillards. (*Gaz. hebd. Paris*, 18 juin.) — Harte. Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. (*Trans. Amer., surg. Ass.*, XIII, p. 389.) — Lardennois. Tuberculose osseuse très étendue. (*Soc. anat. Paris*, 24 juill.) — Westmacott. Un cas d'ostéo-arthropathie pulmonaire hypertrophiante. (*Brit. med. j.*, 3 oct.) — Crivelli. Obs. d'un cas d'exostose de la fosse iliaque externe avec adhérence du nerf fessier supérieur ayant produit une déviation latérale du tronc. (*Rev. de chir.*, sept.) — Bauby. Exostoses ostéogéniques multiples avec complications graves. (10e *Cong. franc. de chir.*, 19 oct.) — Lejars. La résection et la désarticulation dans les ostéosarcomes de la racine des membres. (*Ibid.*) — Riedel. De la nécrose phosphorée. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 505.) — Ziegler. De la nécrose phosphorée. (*Wiener med. Blätter*, 31.) — Cramer. De la division ostéoplastique des os. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 289.) — Kokochtcheff. Traitement des cavités osseuses par le plombage. (*Thèse de Montpellier.*) — Poirier. Remplacement de la diaphyse tibiale par la diaphyse péronière. (*Cong. franç. de chir.*) — Sacchi. Technique de l'obturation des cavités osseuses. (*Riforma med.*, 13 juin.) —

Kronacher. L'état actuel de l'ostéoplastie. (*Münch. med. Woch.*, 24 mars.) — Delabarre. L'ostéotomie sous-trochantérienne. (*Thèse de Lille.*) — Young. Cas de leontiasis osseux. (*Brit. med. j.*, 31 oct.) — Auché et Vitrac. Tumeur à myéloplaxes non sarcomateuse de la jambe. (*Cong. Ass. franç. Tunis.*) — Ritchie. Carcinome secondaire généralisé des os. (*Edinb. med. journ.*, sept.) — Meslay. Obs. d'ostéomalacie. (*J. de clin., inf.*, 29 oct.) — Thorn. De la castration dans l'ostéomalacie. (*Cent. f. Gyn.*, 10 oct.)

Ovaire. — Cannieu. Situation de l'ovaire à la naissance chez la femme et les carnassiers. (*J. méd. Bordeaux*, 6 sept.) — Raymond et Magill. Etude expérimentale, anatomo-pathologique et bactériologique des salpingo-ovarites. (*Ann. of surg.*, oct) — De Vos. Abcès de l'ovaire. (*Semaine méd.*, 16 sept.) — Wolff. De la tuberculose de l'ovaire. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 235.) — Waskressenky. Du massage des ovaires. (*Cong. de gyn. Semaine méd.*, 9 sept.) — Lissac. Les troubles consécutifs à la castration chez la femme et l'opothérapie ovarienne. (*Gaz. hebd. Paris*, 15 nov.) — Jayle. Opothérapie ovarienne. (*Presse méd.*, 29 août.) — D'Urso. Les tumeurs de l'ovaire. (*Giorn. int. sc. med.*, 15 oct.) — Davenport. Le diagnostic des petites tumeurs de l'ovaire. (*Boston med. Journ.*, 8 oct.) — Umberto. Des kystes péri-ovariens. (*Riv. venet. sc. med.*, 31 oct.) — Texier. Kyste de l'ovaire suppuré. (*J. méd. Bordeaux*, 16 août.) — Semb. Des kystes papillaires de l'ovaire. (*Norsk Mag. f. Lœgevid.*, oct.) — Morse. Kyste dermoïde de l'ovaire enclavé dans le bassin enlevé par laparotomie au 9e mois de la grossesse. (*Trans. Obst. soc. London*, XXXVIII, p. 221.) — Dor et Bérard. De la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire. (*Gaz. hebd. Paris*, 4 oct.) — Cullen. Adéno-papillome multiloculaire de l'ovaire, noyaux sarcomateux à la surface interne d'un des kystes. (*Amer. j. of obst.*, sept.) — Taylor. Kystes dermoïdes des deux ovaires. (*Ibid.*) — Doran. Cas de fibrome de l'ovaire et du ligament large. (*Trans. obst. soc. London*, XXXVIII, p. 187.) — Gessner. Myome pur du ligament ovarien, gros comme un haricot. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 403, 4 mai.) — Vanverts. Epithélioma polikystique bilatéral de l'ovaire, rétention d'urine due à la compression de l'urètre par une tumeur développée dans la cavité pelvienne. (*Soc. anat. Paris*, 24 juill.) — Lanelongue. Sarcome kystique purulent de l'ovaire. (*J. méd. Bordeaux*, 5 avril.) — Lavillauroy. Carcinome kystique des deux ovaires. (*Soc. anat. Paris*, 24 juill.) — Binaud et Chavannaz. Torsion du pédicule d'un kyste du parovaire. (*Gaz. hebd. Paris*, 4 juin.) — Cumston. La torsion du pédicule des tumeurs ovariennes. (*Ann. of gyn.*, oct.) — Nacciarone. Ovariotomie bilatérale pour un double kyste ovarique ; hydronéphrose ; néphrectomie par la méthode lombaire, guérison. (*Riforma med.*, 29 août.) — Hohl. Traitement des tumeurs de l'ovaire pendant la grossesse et l'accouchement. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 410.)

P

Palais. — Couetoux. Des adhérences du voile du palais. (*Ann. mal. de l'or.*, sept.) — Kollbrunner. De l'adhérence totale du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx, 2 obs. (*Thèse de Strasbourg.*) — Brophy. Nouvelle opération pour la fissure palatine. (*Med. News*, 3 oct., p. 383.) — Lenger.

Procédé de staphylorraphie facile et rapide. (*Ann. Soc. belge chir.*, 1er août.) — Labit. Un cas de papillome de la pointe de la luette. (*Rev. hebd. de lar.*, 15 août.) — Hubbard. Epithéliome du voile du palais détruit par les injections de liqueur potassique. (*N. York med. j.*, 12 sept.)

Paludisme. — Ziemann. Les parasites du sang dans la malaria indigène et tropicale. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 653.) — Ferrier. De l'hématozoaire du paludisme, valeur et signification de ses caractères morphologiques et histochimiques. (*Lyon méd.*, 13 sept.) — Koubasoff. Sur l'hématozoaire du paludisme. (*St-Pétersbourg.*) — Bignami. Hypothèse sur la vie des parasites du paludisme en dehors du corps humain. (*Lancet*, 14 nov.) — Mc Naught. Examen du sang dans le paludisme. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — Treille. Des recherches dans la fièvre intermittente parfaite à sulfate de quinine, à transformation et à dégradation successive des types. (*Cong. Ass. franç. Tunis.*) — Rogée. Endartérite infectieuse d'origine paludique chez un alcoolique. (*Ibid.*) — Treille. De la mégalosplénie, des états dénommés anémie et cachexie paludéennes. (*Ibid.*) — Giampietro. Cas grave de fièvre palustre, à type subcontinu, guéri par les enveloppements froids. (*Riv. clin. e terap.*, oct.) — Hamelin. Sur le pneumo-paludisme, quelques cas observés dans les pays chauds. (*Thèse de Paris.*) — De Brun. Pathogénie et variétés de l'ascite paludéenne. (*Bull. méd.*, 16 sept.) — Ducamp. Hystéro-paludisme. (*Ibid.*) — Ferrier. De la rate paludéenne. (*Ibid.*) — Fleming. L'hématurie malarienne. (*Med. Record*, 19 sept.) — Plehn. Réponse à l'article de Stendel sur le traitement quinique de la fièvre des eaux noires. (*Münch. med. Woch.*, 10 mars.) — Treille. Essai de sérothérapie dans la fièvre quarte. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 sept.)

Pancréas. — Popielski. Sur les nerfs modérateurs de la sécrétion pancréatique. (*Vratch*, 29 août.) — Jablonsky. Physiologie et pharmacologie de la glande pancréatique. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, IV, p. 377.) — Floresco. Pouvoirs zymotiques comparatifs des pancréas de bœuf, chien, mouton et porc par rapport à la gélatine. (*Soc. de biol.*, 7 nov.) — Kasahara. Sur le tissu conjonctif du pancréas dans diverses maladies. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXLIII, 3.) — Kennan. Un cas de pancréatite aiguë. (*Brit. med. j.*, 14 nov.) — Railton. Kyste du pancréas chez un enfant. (*Ibid.*, 31 oct.) — Pereira Guimaraes. Hernie traumatique du pancréas; réduction deux jours après. Guérison. (*Progrès méd.*, 10 oct.) — Koerte. Chirurgie du pancréas. (*68e réun. nat. allem. Francfort*, 22 sept.)

Pansement. — V. Gubaroff. De la fabrication à bon marché d'un matériel de sutures pour la chirurgie. (*Cent. f. Chir.*, 31 oct.) — Hahn. La question du catgut. (*Ibid.*, 10 oct.) — Gueynatz. Stérilisation du catgut. (*Abeille méd.*, 25.) — Schaeffer. De l'emploi des sutures à la soie sans drainage. (*Cent. f. Gyn.*, 14 nov.) — Ihle. Nouvelle méthode pour réaliser l'asepsie absolue des matériaux de suture. (*Münch. med. Woch.*, 24 mars.) — Mehler. De l'asepsie de la soie pour sutures et ligatures. (*Ibid.*, 23 juin.) — Kronacher. Appareil de stérilisation transportable modifié, pour les pansements et instruments. (*Ibid.*, p. 891, 22 sept.) — Von Noorden. La gaze au nosophène à 3 0/0. (*Ibid.*, 7 janv.) — Nagy. Sur la stérilisation des instruments de chirurgie. (*Wiener med. Woch.*, 5 sept.) — Bishop. Suture profonde pour les plaies opératoires profondes. (*Brit. med. j.*, 19 sept.) — Solowiew. Pansements mobiles faits avec de la caillebotte additionnée de salmiak. (*Vratch*, 1er août.) — Koulabko-Koretzki. L'airol comme poudre de pansements. (*Ibid.*, 5 sept.) — Volyntzew. L'amiante comme objet de pansement. (*Ibid.*, 22 août.) — Trétrop. Les emplois chirurgicaux de la formaldéhyde.

(*Ann. Soc. belge chir.*, 1er août.) — Jess. Le glutol de Schleich en médecine vétérinaire. (*Berl. thier. Woch.*, 21 et 35.) — Tiburtius. Le glutol de Schleich. (*Ibid.*, 35.) — Schuemacher. La formaline et le glutol en chirurgie vétérinaire. (*Deut. thieraerz. Woch.*, 36.) — Saalfeld. Sur l'emploi du glutol. (*Ther. Monats.*, nov.) — Schleich. Traitement au glutol. (*Ibid.*, nov.) — Longard. Emploi de l'amyloforme en chirurgie. (*Ibid.*, oct.) — Credé. Traitement des plaies par l'argent. (*Cent. f. Chir.*, 24 oct.) — Plücker. Traitement conservateur des plaies fraîches. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, 318.) — Lomry. De l'emploi antiseptique de l'iodoforme en chirurgie. (*Ibid.*, LIII, p. 787.) — Tussau. De l'iodoformisme chirurgical. (*Semaine méd.*, 4 nov.) — Thomas. Excision d'un large anthrax du dos, salivation par le pansement au cyanure de mercure. (*Lancet*, 24 oct.)

Paralysie. — Silbermark. Un cas de paralysie bulbaire asthénique. (*Wiener klin. Rundsch.*, 8 nov.) — Kojewnikoff. 2 cas de paralysie bulbaire asthénique. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IX, p. 242.) — Dumarest. Sur un cas inédit de paralysie bulbaire asthénique ou syndrome d'Erb suivi de guérison. (*Echo méd. Lyon*, 15 oct.) — Bodin. Sur les paralysies ascendantes aiguës. (*Thèse de Paris.*) — Raymond et Souque. Paraplégie spasmodique familiale. (*Presse méd.*, 4 nov.) — Hochhaus. De la paralysie spinale spasmodique familiale. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IX, p. 291.) — Cary. Paralysie spinale. (*Med. News*, 29 août.) — Tournier. Paraplégie flasque avec anesthésie coexistant avec de l'exagération des réflexes rotuliens, de la trépidation épileptoïde et du tonisme de la vessie et du rectum. (*Gaz. hebd. Paris*, 23 juill.) — Moussous. Diplégie spasmodique. (*J. méd. Bordeaux*, 20 sept.) — Féré. Paralysie par inaction. (*Rev. de méd.*, oct.) — Lamy. Paralysie post-puerpérale par névrite périphérique. (*Rev. neurol.*, 30 août.) — Bosc. Paralysie infantile avec exagération des réflexes. (*N. Montpellier méd.*, 2 et 9 mai.) — Grasset. Des paralysies nucléaires des nerfs sacrés. (*Ibid.*, 6 juin.) — Hubbard. Paralysie unilatérale de l'accessoire du spinal par le froid, associé à une paralysie motrice du vague. (*Med. News*, 31 oct.) — Salomonson, Wertheim et Westhoff. Un cas de paralysie du trijumeau. (*Arch. f. Aug.*, XXXIII, p. 111.) — Ballet. Des paralysies radiculaires sensitives du plexus brachial. (*Bull. méd.*, 23 sept.) — Vautrin. Des paralysies post-anesthésiques. (*Ibid.*) — Potain. Etiologie et pathogénie de la paralysie radiale. (*Semaine méd.*, 9 sept.) — Remlinger. Paralysie radiculaire du plexus brachial, type supérieur de Erb, consécutive à une chute de cheval. (*Arch. de méd. mil.*, sept.) — Placzek. Paralysie simple du dentelé. (*Deut. med. Woch.*, 22 oct.) — Comby. Réactions électriques dans la paralysie arsénicale. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 juill.) — Meessen. Remarques à propos de la paralysie agitante. (*Presse méd. belge*, 8 nov.) — Luzzato. La sécrétion urinaire dans la paralysie agitante. (*Riv. venet. d. sc. med.*, 31 oct.) — Carrière. Les ecchymoses spontanées dans le cours de la maladie de Parkinson. (*Presse méd.*, 16 sept.)

Paralysie générale. — Stewart. Accroissement de la paralysie générale en Angleterre et le pays de Galles, ses causes. (*J. of mental sc.*, oct.) — Delmas. Maladies infectieuses aiguës et paralysie générale. (*Arch. clin. Bordeaux*, août.) — Greidenberg. Recherches statistiques et étiologiques sur la paralysie générale. (*Vratch*, 19.) — Hoche. Le diagnostic précoce de la paralysie générale. (*Samml. Abhandl. aus d. Gebiete d. Nervenh.*, I, 1.) — Magnan. Les délires systématisés dans la paralysie générale. (*Progrès méd.*, 22 août.) — Pierret. Les attaques apoplectiformes et épileptiformes des paralytiques généraux. (*Ibid.*, 3 oct.) — Roncoroni. Traitement des altérations du langage et de l'écriture dans la paralysie générale. (*Arch. di*

psichiat., XVII, 3.) — Discussion à la Brit. Assoc. sur la paralysie générale et son traitement dans les asiles. (*Brit. med. j.*, 26 sept.)

Parole. — Eskridge. Troubles de la parole comme symptômes de localisation d'après 6 cas d'aphasie. (*Med. News*, 19 sept.)

Paupière. — Biette. Etude du tissu élastique dans quelques parties de la paupière. (*Arch. di ottalm.*, IV, p. 1.) — Silvestri. De l'étiologie et du traitement du trichiasis. (*Settim. med.*, 1er fév.) — Guibert. Sarcome mélanique de la paupière. (*Rev. d'opht.*, sept.) — Parenteau. Kystes et gommes des paupières. (*Ibid.*) — Smith. L'emploi des caustiques dans l'épithéliome des paupières. (*J. Americ. med. Ass.*, 3 oct.) — Hoor. Sur un moyen permettant d'empêcher la néohyperplasie des surfaces opératoires après l'opération du symblépharon. (*Wiener med. Woch.*, 22 août.) — Siklossy. Résultats opératoires plastiques dans 2 cas d'épithélioma de la paupière et de la face. (*Klin. Mon. f. prakt. Augenh.*, juin.) — Silex. Blépharoplastie par lambeau pédiculé. (*Ibid.*, fév.) — Hotz. Moyen d'utiliser les lambeaux de peau cicatricielle dans l'ectropion de la paupière supérieure. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 293, et *J. Americ. med. Ass.*, 19 sept.) — Scott Opération simple de l'ectropion. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Péchin. Traitement de l'entropion cicatriciel à propos de deux procédés nouveaux. (*Arch. d'opht.*, mai.) — Truc et Villard. Traitement de l'entropion et du trichiasis granuleux de la paupière supérieure par la tarso-marginoplastie à lambeaux pédiculés, résultats éloignés. (*Ann. d'ocul.*, oct.)

Peau. — Strauss. Abrégé de pathologie et thérapeutique des maladies de la peau. (*Med. Bibl. f. prakt. Aerzte*, n° 51.) — Lockwood. Maladies de la peau, d'après une pratique de 25 ans. (*Med. News*, 26 sept.) — Leredde. L'évolution présente de la dermatologie. (*Méd. mod.*, 3 oct.) — Neumann. Des relations entre les maladies de la peau dans l'organisme sain et les exanthèmes toxiques. (*Arch. f. Derm.*, XXXVI, p. 361.) — Unna. Etudes histologiques sur la pathologie de la peau, impétigo, folliculite et péri-folliculite. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 217.) — Hallopeau. Rapports de la tuberculose et de certaines dermatoses. (*J. des Praticiens*, 8 août.) — Herz. Sur l'apparition simultanée d'affections chroniques de la peau et des articulations. (*Wiener med. Woch.*, 19 sept.) — Van Hoorn. Microorganismes dans la séborrée. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 525.) — Corlett. Recherches sur la dermatite hivernale. (*Ibid.*, p. 531.) — Sehrwald. Dermatite par les radiations Roentgen. (*Deut. med. Woch.*, 8 oct.) — Hutchinson. Un cas de porokératose. (*J. of cut. dis.*, oct.) — Dubreuilh. Un cas de porokératose. (*Arch. clin. Bordeaux*, août.) — Mibelli. Etiologie et variétés des kératoses. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 508.) — Cels. De la kératose filaire et de ses rapports avec l'ichtyose. (*Thèse de Paris.*) — Jumon. Sur les dermatites pyémiques. (*France méd.*, 11 sept.) — Schiff. Nouveau procédé d'application des médicaments sur la peau. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 522.) — Brocq. Le régime alimentaire dans les dermatoses. (*J. des Praticiens*, 20 juin.) — Liégeois. De l'action des plantes dites dépuratives dans les dermatoses. (*Ibid.*, 17 oct.) — Unna. Sur un nouvel emplâtre médicamenteux, le paraplaste. (*Wiener med. Woch.*, 17 oct.) — Unna. La gélanthe, vernis médicamenteux. (*Deut. med. Zeit.*, n° 73.) — Swift. Les préparations thyroïdiennes dans les maladies de la peau. (*Australas. med. Gaz.*, 20 juin.)

Pemphigus. — Priestley. Pemphigus aigu. (*Lancet*, 31 oct.) — Behrend. Un cas de pemphigus aigu avec formation de kystes cornés. (*Arch. f. Derm.*,

XXXVI, p. 343.) — Brandl. Pemphigus neuriticus. (*Wiener med. Blätter*, 28.) — Bœri. Peptonurie dans un cas de pemphigus. (*Riv. clin. e terap.*, juin.)

Périnée. — Succow. Rupture centrale du périnée, passage de l'enfant par cette voie. (*Deut. med. Woch.*, 12 nov.) — Small. Un cas de lacération centrale du périnée. (*Med. Record*, 29 août.) — Appelstedt. La suture des déchirures récentes du périnée. (*Münch. med. Woch.*, 23 juin.) — Vaslin. Traitement des ruptures du périnée et de la cloison recto-vaginale. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Oliver. La préservation du périnée. (*Americ. med. Bull.*, 5 sept.)

Péritoine. — Treves. Revue sur la chirurgie du péritoine. (*Brit. med. j.*, 31 oct.) — Anderson, Mc Dougall. Chirurgie du tissu sous-péritonéal. (*Ibid.*, 17 oct.) — Monod. De l'hydrorrée péritonéale. (10e *Cong. franç. de chir.*) — D'Urso. Observations sur le frottement péritonéal tactile. (*Riforma med.*, 10 août.) — Cassaet. De la péritonite à pneumocoques. (*Arch. clin. Bordeaux*, mai.) — Holme. Péritonite tuberculeuse. (*Ann. of gyn.*, oct.) — Angirany. Du traitement chirurgical de la tuberculose péritonéale. (*Thèse de Montpellier.*)—Thomas. Traitement de la péritonite tuberculeuse. (*J. des Praticiens*, 5 sept.) — Condamin. Quelques cas de péritonite tuberculeuse traités par la laparotomie. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 691.) — Gatti. Modifications histologiques dans la régression de la tuberculose péritonéale après la laparotomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 709.) — Paviot. Hématome spontané diffus rétro-péritonéal. (*Province méd.*, 17 oct.) — Surmay. Hématome intra-péritonéal datant de huit années. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Bichon. Des kystes hématiques des épiploons. (*Thèse de Toulouse.*

Pharmacologie. — Martin. Méthode rapide de séparation des matières colloïdes et cristallines dans les solutions. (*J. of phys.*, XX, p. 364.) — Chassevant. Les rhamnacées, étude pharmacologique et thérapeutique. (*Presse méd.*, 19 sept.) — Shennan. Recherches expérimentales sur l'action du viburnum prunifolium. (*Edinb. med. j.*, nov.) — Plugge. Sur l'action toxique du Rabelaisia philippinensis et du poison des flèches des negritos de Luzon. (*Arch. de pharmacodynamie*, II, p. 537.) — Boinet. Sur le poison des flèches du Haut Oubanghi. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 952.) — Falk. L'hydrastine et les dérivés de la narcotine. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXLII, 2.) — Prentiss et Morgan. Etude sur l'Anhalonium Lewinii (cactacées). (*Med. Record*, 22 août.)—Sergieeff. Sur les rapports de la quinine et de la morphine avec l'acide sulfurique. (*Vratch*, 26 sept.) — Huefler. Action de l'orexine. (*Ther. Mon.*, oct.) — Patein. Histoire pharmacologique de la digitale. (*Rev. intern. de thérap.*, 17 août.) — Brunton et Tunnicliffe. Cause de l'élévation de la pression sanguine par la digitale. (*J. of phys.*, XX, p. 354.) — Kiliani. De la digitoxine. (*Arch. d. Pharm.*, XXXIV, p. 481.) —Macquaire. Etude du maté. (*J. de pharm.*, 15 oct.) — Quiroga. Sur l'argynine. (*Ibid.*) — Ranwez. Un procédé ingénieux de falsification du safran. (*Bull. gén. de thérap.*, 23 sept.) — Pichard. Quelques réactions colorées de la brucine, recherche de l'azote nitreux en présence des sulfites. (*Acad. des sc.*, 19 oct.) — Starke. Action de la cocaïne et de l'hyoscine sur les centres psycho-moteurs. (*Thèse d'Iéna.*) — Brocckaert. Un cas de vésication cocaïnique. (*Soc. belge d'otol.*, 7 juin.) — Sconamiglio. Recherches expérimentales sur la ferratine et la lactophénine. (*Riv. clin. e terap.*, juin.) — Spiro. Action de la pilocarpine, de l'atropine et de la peptone sur le sang et la lymphe. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVIII, p. 113.) — Schiller. Action

de la scopoline et de la scopoléine. (*Ibid.*, p. 71.) — Lœwi. Action de l'acide prussique, de l'arsenic et du phosphore sur le cœur isolé de la grenouille. (*Ibid.*, p. 127.) — Boehm. Etude du groupe de l'acide filicique. (*Ibid.*, p. 35.) — Hallervorden. Pathologie de l'ammoniaque. (*Ibid.*, p. 59.) — Bondzynski et Gottlieb. Sur la constitution de la méthylxanthine éliminée par l'urine après l'ingestion de caféine et de théobromine. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVII, p. 385.) — Heymans et Masoin. Etude physiologique sur les dinitriles normaux, toxicité relative, action antitoxique de l'hyposulfite de soude. (*Mém. cour. Acad. de méd. Belgique*, XIV, n° 4.) — Thubert. Essai sur le sous-carbonate de soude avec étude préalable du bicarbonate de soude. (*Thèse de Paris.*) — Roncagliolo. Sur le pouvoir pyrétogène de la peptone chez les sujets sains et chez les tuberculeux. (*Semaine méd.*, 31 oct.)—Loewald. Action psychique du brome. (*Thèse de Heidelberg.*) — Smith. De la chrysarobine et de l'acide chrysophanique. *Ther. Woch.*, 4 oct.) — Sigm. Sur l'airol. (*Münch. med. Woch.*, 18 fév.) — Andruchtchenko. Action de l'airol sur les microbes. (*Vratch*, 5 sept.) — Rosenfeld. Recherches pratiques sur l'airol. (*Wiener med. Blätter*, 31.) — Benario. Du citrophène. (*Münch. med. Woch.*, 21 avril.) — Mlle Broido. Le gaïacol d'après de récents travaux russes. (*Gaz. des hôp.*, 15 sept.) — Andres. Sur le formol et la gélatine formolique. (*Le Pharmacien*, en russe, 15-16.) — Chenal. De la benzoiodhydrine comme succédané de l'iodure de potassium. (*Thèse de Paris.*) — Robecchi. Sur la prétendue action ecbolique de quelques dérivés de l'acide salicylique. (*Giorn. Accad. med. Torino*, juin.) — Ruge. Recherches sur la morphine. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 219.) — Beckman. Influence de l'addition de NaCl sur l'action des phénols. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 577.) — Rosenstern. De l'iodoformine. (*Thèse de Munich.*)—Armstrong. Dosage de la nitroglycérine. (*Med. News*, 31 oct.) — Kestner. Recherches sur la créosote, acide tannique, tanosal. (*Ther. Monats.*, nov.) — Borri. Démonstration chimique du passage du phosphore de la mère au produit de la conception. (*Settim. med.*, 30 mai.) — Maignant. Des chlorures et des hypochlorures. (*Thèse de Paris.*)

Pharynx. — Ph. Schech. Les maladies de la bouche, du pharynx et du nez. (5e édition, *Leipzig* et *Vienne.*)—Brown. Des rapports des maladies aiguës du nez et de la gorge avec les troubles de la digestion. (*N. York med. j.*, 29 août et *J. of laryng.*, sept.) — French. Rapports des affections chroniques du nez et de la gorge avec les troubles de la digestion. (*N. York med. j.*, 12 sept.) — Flatau. Des troubles de la parole chez les adolescents en rapport avec les affections des voies aériennes supérieures. (*Samml. Abhandl. aus d. Gebiete d. Nasenk.*, I, 8.) — Corradi. De l'importance de l'examen microscopique pour le diagnostic de quelques lésions ulcéreuses de la gorge. (*Arch. ital. di otol.*, IV, p. 301.) — Ephraim. Des affections nerveuses de la gorge. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 162.) — Boucheron. De la présence de l'acide urique dans la salive dans les affections uricémiques de la gorge et de l'oreille. (*Rev. hebd. de lar.*, 10 oct.) — Jacquemart. A propos d'un cas de catarrhe naso-pharyngien grave. (*Ibid.*, 26 sept.) — Smith. L'inflammation aiguë naso-pharyngienne. (*Med. News*, 29 août.) — Elvy. Traitement du catarrhe aigu naso-pharyngé. (*Brit. med. j.*, 7 nov.) — Przedborski. Des inflammations phlegmoneuses aiguës de la gorge et du larynx. (*Monat. f. Ohr.*, août.) — Damm. Des abcès rétro-pharyngiens aigus chez l'enfant. (*Thèse de Copenhague.*) — Miller. Erysipèle primitif du pharynx. (*N. York med. j.*, 5 sept.) — Lévy. De la tuberculose pharyngée. (*Denvers med. Times*, juin.) — Chappell. Tuberculose pharyngée primitive et secondaire. (*N. York med. j.*, 19 sept.) — Wright. Infection tuberculeuse du tissu lymphoïde du pharynx, remarques sur l'infection la-

ryngée. (*Ibid.*, 26 sept.) — Nichols. Les suites de la syphilis dans le pharynx, leur traitement. (*Ibid.*, 26 sept.) — Delie. Un cas de végétations papillomateuses de l'isthme du gosier, du pharynx et du larynx chez un enfant de 2 ans et demi, syphilis. (*Rev. hebd. de lar.*, 17 oct.) — Frankenberger. Tumeurs adénoïdes chez les sourd-muets. (*Monat. f. Ohrenh.*, oct.) — Katz. Curette pour les végétations adénoïdes. (*Therap. Mon.*, sept.) — Hessler. Modifications du tonsillotome pharyngé de Schutz. (*Deut. med. Woch.*, 10 sept.)—Réthi. Des hémorragies des voies aériennes supérieures au point de vue général et spécial. (*Samml. Abhandl. aus d. Gebiete d. Nasenk.*, I, 4.) — Hopmann. Des tumeurs adénoïdes. (*Ibid.*, 5.) — Rattle. Antisepsie du naso-pharynx par les irrigations rétro-nasales. (*Rev. méd.*, 7 oct.) — Liebreich. Nouveau procédé d'introduction des substances médicamenteuses dans la cavité naso-pharyngienne. (*Ther. Mon.*, août.) — Depage. Résection temporaire maxillo-malaire, procédé de Roux, comme opération préliminaire dans la cure des polypes naso-pharyngiens. (*Journ. méd. Bruxelles*, 15 oct.) — Sargnan. Fibrome naso-pharyngien, ablation. (*Province méd.*, 3 oct.) — Shields. Fibrome naso-pharyngien. (*N. York med. j.*, 12 sept.) — Ingals. Fibrome naso-pharyngien. (*Ibid.*, 19 sept.) — K. Schreiber. Sur les tumeurs de l'espace naso-pharyngé. (*Thèse de Königsberg.*) — Gould. Tumeur du pharynx, sarcome, ablation après laryngotomie. (*Lancet*, 24 oct.) — Rankin. Plaie du pharynx par arme à feu. (*N. York med. j.*, 12 sept.)

Photographie. — Rémy et Contremoulins. Emploi des rayons X pour les recherches anatomiques, angéiologie, développement, classification des dents, etc. (*Acad. des sc.*, 2 nov.) — A. Imbert et Bertin-Sans. Technique de la radiographie. (*N. Montpellier méd.*, n° 5, suppl., 1er sept.) — Bosc. Note sur la perception des rayons de Roentgen par les hystériques. (*Ibid.*, 25 avril.)—Mandras. Application de la radiographie à la médecine. (*Thèse de Montpellier.*) — Levy. De l'éclairage par transparence du corps par les rayons Roentgen au point de vue du diagnostic médical. (In-8°, 14 p., *Berlin.*) — Laurent. Des applications de la photographie Roentgen à la chirurgie et à la médecine. (*Thèse de Paris.*) — Bardet. La photographie des corps opaques et ses applications à la médecine. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 août.) — De Renzi. Sur l'action microbicide des rayons de Roentgen. (*Riv. clin. e terap.*, juill.) — Bœri. Recherches relatives à l'influence des rayons X et de la radiation solaire (complexe et dissociée) sur le développement des ifomycètes. (*Ibid.*, août.)—Van Duyse. Les rayons X en chirurgie oculaire. (*Arch. d'opht.*, oct.) — Graetz. Les progrès dans la connaissance dans l'emploi des rayons de Roentgen. (*Münch. med. Woch.*, 26 mai.) — Petersen. Recherches chirurgicales photographiques avec les rayons de Roentgen. (*Ibid.*, 11 fév.) — Fessler. Fracture du radius photographiée par le procédé de Roentgen. (*Ibid.*, 3 mars.) — Hopp-Seyler. De l'emploi des rayons de Roentgen pour le diagnostic de l'artério-sclérose. (*Ibid.*, 7 avril.) — Vulpius. Des ombres de Roentgen. (*Ibid.*, 30 juin.) — Oberst. De l'utilisation des rayons de Roentgen en chirurgie. (*Ibid.*, 13 oct.) — Buka. Rayons Roentgen de grande puissance. (*Deut. med. Woch.*, 5 nov.)—Marcuse. Un mot sur un cas de dermatite et d'alopécie par l'action des rayons X. (*Ibid.*, 15 oct.) — Wolff. Emploi des rayons R. en chirurgie. (*Ibid.*, 1er oct.) — Scheier. Emploi des rayons R. dans les plaies de tête. (*Ibid.*) — Turner. Les rayons Roentgen. (*Brit. med .j.*, 10 oct.) — Rowland. Les rayons X, leur application à la pratique et au diagnostic. (*Ibid.*, 3 oct.) — Drury. Dermatite causée par les rayons X. (*Ibid.*, 7 nov.) — Thomson. Détermination du siège et de la forme du cœur par les rayons X. (*Lancet*, 10 oct.) — Morris. Effets des rayons X sur les calculs

urinaires et biliaires. (*Ibid.*, 14 nov.) — Macintyre. Les rayons X. (*Ibid.*, 7 nov.) — Feilchenfeld. Photographie d'un spina ventosa à l'aide des rayons de Roentgen. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 mai.) — Dessandre. Application chirurgicale des rayons X. (*Ann. Soc. belge chir.*, 1er août.) — Rémy. Les rayons de Roentgen sont-ils applicables à la chirurgie infantile. (*J. de clin. inf.*, 10 sept.) — Gaston. Action des rayons de Roentgen sur la tuberculose. (*J. de méd. et chir. prat.*, 10 sept.) — Forgue. Application des rayons R. à la détermination de la résection dans l'ankylose osseuse du genou. (*Rev. de chir.*, sept.) — Bryce. Anatomie et mécanisme du poignet démontrés par les rayons X. (*J. of anat.*, oct.)—Hermite et Flandrin. Premiers essais de radiographie. (*Dauphiné méd.*, août.) — Achard. Application des rayons de Roentgen à l'étude d'un cas de rhumatisme déformant d'origine blennorragique. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 juill.) — Marfan. Application des rayons X à l'étude d'une monoarthrite déformante coxo-fémorale. (*Ibid.*, 24 juill.) — Vidal. Application des rayons Roentgen au diagnostic d'un traumatisme du pouce droit. (*Marseille méd.*, 1er mai.) — Bartarelli. Expériences sur la lumière de Roentgen. (*Settim. med.*, 1er fév.)

Physiologie. — Benson. La valeur des études physiologiques pour l'étudiant en médecine. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 19 sept.) — Henri. Revue des travaux de physiologie expérimentale en 1895 et 1896. (*Obozr. psych.*, janv.) — Kaiser. Sur la courbe de raccourcissement d'un ressort et le mouvement de projection du levier inscripteur. (*Zeit. f. Biol.*, XXXIII, p. 352.)

Pied. — Phocas. Thérapeutique chirurgicale du pied bot. (*Nord méd.*, 1er nov.) — Vulpius. Guérison du pied bot congénital. (*Münch. med. Woch.*, 26 mai.) — Thorndike. Traitement du pied bot. (*Boston med. Journ.*, 10 sept.) — Joachimsthal. Nouvelle adaptation des muscles de la jambe après la guérison d'un pied bot. (*Acad. des sc.*, 14 sept.) — Redard. De la tarsoclasie instrumentale dans certaines formes de pied bot. (*Journ. de méd. Paris*, 11 oct.) — Schapps. Le mécanisme du pied plat. (*Brooklin med. j.*, oct.) — Reynier. Pathogénie du pied plat valgus douloureux. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Lejars. Résultats éloignés de la tarsectomie cunéiforme interne dans le pied plat valgus douloureux invétéré. (*Ibid.*) — Vulpius. Un cas de pied valgus malleus. (*Münch. med. Woch.*, p. 819, 1er sept.) — Duplay. Du pied plat valgus douloureux. (*Union méd.*, 3 oct.) — Reynier. Pathogénie des déformations du pied connues sous le nom de pieds plats, pieds creux, valgus douloureux. (*J. des Praticiens*, 31 oct.) — Duret. Sur un néoplasme congénital fibro-papillomateux de la plante du pied traité par l'abrasion. (10e *Cong. franç. de chir.*, 19 oct.) — Pope et Lamb. Le mycétome, pied de Madura. (*N. York med. j.*, 19 sept.)

Placenta. — Zagato. Décollement manuel du placenta. (*Gaz. d. Osped.*, 8 nov.) — Neumann. Des adhérences placentaires. (*Mon. f. Geburts.*, oct.) — Gottschalk. Placenta unique de jumeaux ; insertion centrale du cordon ombilical du premier-né ; insertion marginale du second qui avait un cœur très petit. (*Berl. klin. Woch.*, p. 403, 4 mai.) — Maslowsky. Décollement prématuré du placenta en position normale, endométrite déciduale blennorragique. (*Monats. f. Geburts.*, sept.) — Loviot. Considérations cliniques sur le placenta inséré anormalement, mais non prœvia. (*Journ. méd. Paris*, 8 nov.) — Saxe. Placenta prœvia. (*Amer. j. of obst.*, sept.) — Baker. Le ballon de Champetier dans les cas de placenta prœvia. (*Brit. med. j.*, 10 oct.) — Fueth. Traitement du placenta prœvia. (*Cent. f. Gyn.*, 5 sept.)

Plèvre. — Muscatello. Sur le pouvoir d'absorption de la plèvre. (*Arch. per sc. med.*, XX, 3.) — Bull. Sur le phénomène diaphragmatique de Litten. (*Norsk. Mag. f. Lægevid.*, oct.) — Aoustin. Sur le mécanisme et la valeur sémiologique de la pectoriloquie aphone. (*Thèse de Paris.*) — Voiry. Analyse d'un liquide pleurétique. (*J. de pharm.*, 1er oct.) — De Langenhagen. Sur un signe particulier de la pleurésie sèche diaphragmatique. (*Bull. méd.*, 16 sept.) — Hervault. Sur l'auscultation des pleurétiques. (*Ibid.*) — Ducamp. Mort subite dans un cas d'épanchement pleural double. (*Ibid.*) — Lamandé. Sur les convulsions épileptiques produites par les injections d'air ou de liquide dans la cavité pleurale. (*Thèse de Paris.*) — Goodrich. 10 cas de pleurésies à épanchements. (*Americ. med. Bull.*, 29 août.) — Cooke. Pleurésie chronique avec épanchement traitée par la protonucléine. (*N. York med. j.*, 10 oct.) — Sears. Etude de 30 cas de pleurésies hémorragiques. (*Boston med. Journ.*, 17 sept.) — Gencel. De la pleurésie purulente à streptocoques d'origine puerpérale. (*Thèse de Montpellier.*) — Parsons. Un cas d'empyème très étendu. (*Dublin journ.*, sept.) — Tissot. Pleurésie purulente métapneumonique. (*Dauphiné méd.*, août.) — Auché et Carrière. Epanchements hémorragiques, étude histologique de la plèvre. (*Bull. méd.*, 16 sept.) — Scarpa. De l'autosérothérapie dans la pleurésie séro-fibrineuse d'origine tuberculeuse. (*Semaine méd.*, 31 oct.) — Thoinot et Griffon. Pleurésie purulente médiastine à pneumocoques. (*Soc. anat. Paris*, 24 juill. et *Bull. méd.*, 30 sept.) — Aron. Traitement consécutif de la pleurésie. (*Ther. Mon.*, sept.) — Terrier. Thoracentèse et drainage pleural. (*Progrès méd.*, 20 avril.) — Williams. Traitement chirurgical de la pleurésie chronique suppurée. (*N. York med. j.*, 24 oct.) — Terrier. Pleurésie purulente et pleurotomie. (*Progrès méd.*, 13 sept.) — Rafferty. Traitement chirurgical de la pleurésie purulente. (*Med. Record*, 26 sept.)

Poumon. — Wilde. Du bacille de la pneumonie de Friedlaender. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 681.) — Couch. Pneumonie lobaire avec hyperpyrexie, 42° C. (109 Fahr.), guérison. (*Brit. med. j.*, 24 août.) — Chabad. Un cas d'infection pneumococcique généralisée. (*Gaz. méd. de Botkine.*) — Meunier. Du rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil broncho-pulmonaire. (*Thèse de Paris.*) — Sprull. Pneumonie compliquée de tumeur graisseuse de l'oreillette droite. (*Med. Record*, 5 sept.) — Guichard. Du tympanisme dans les principales maladies du poumon, localisation nouvelle de ce tympanisme considérée comme signe de pneumonie droite. (*Thèse de Montpellier.*) — Friedrich. Formation de fistules pulmonaires suite de tuberculose ou de gangrène traumatique. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 701.) — Ingals. 7 cas d'abcès des poumons. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 22 août.) — Todd. Abcès pulmonaire et empyème simulant une bronchectomie unilatérale, drainage et résection d'une côte. (*Brit. med. j.*, 14 nov.) — Bushnell. Abcès pulmonaire sous-pleural. (*Americ. j. of med. sc.*, oct.) — Johnston. Un cas de fracture de la 1re côte compliquée d'abcès ouvert dans le poumon. (*Dublin journ.*, sept.) — Mc Phedran. Un cas de gangrène pulmonaire, guérison. (*Americ. med. Bull.*, 29 août.) — Ducerf. Sur l'hémorragie dans les plaies du poumon. (*Thèse de Montpellier.*) — Taylor. Le traitement de la pneumonie. (*Med. Record*, 3 oct.) — McArtney. Le traitement de la pneumonie. (*Ibid.*, 19 sept.) — Véret. Du traitement des pneumonies et broncho-pneumonies par les inhalations phéno-créosotées. (*Arch. de méd. mil.*, sept.) — De Renzi. La sérothérapie dans la pneumonie. (*Riv. clin. e terap.*, oct.) — Pane. Essais de sérothérapie dans la pneumonie. (*Semaine méd.*, 31 oct.) — Pecker. Sérum artificiel et saignée précoce dans la pneumonie et les maladies infectieuses. (*Presse méd.*, 29 août.) —

Bolognesi. La chirurgie pleuro-pulmonaire. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 nov.) — Meakin. Un cas de drainage du poumon. (*Brit. med. j.*, 19 sept.) — Betschart. Sur le diagnostic des tumeurs malignes du poumon par l'examen microscopique des crachats. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLII, 1.) — Chauvain. Forme pleurétique, sans épanchement, du cancer du poumon. (*Thèse de Paris.*) — Aron. Traitement du pneumothorax. (*Deut. med. Woch.*, 3 sept.) — Nicholson et Lowson. Pneumothorax sous-phrénique, résection des côtes et drainage, guérison. (*Brit. med. j.*, 24 oct.) — Unverricht. Traitement opératoire du pneumothorax tuberculeux. (*Deut. med. Woch.*, 28 mai.)

Poil. — Zaroubine. Cas rare d'hyperhydrose généralisée acquise. (*Medicina*, août.) — Barlow. Courtes remarques sur la trichorrhexie noueuse. (*Münch. med. Woch.*, 30 juin.) — Richter. De l'origine de la trichorrhexis nodosa. (*Ibid.*, 6 oct.)

Prostate. — Eraud. Blennorragie et prostatisme. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, nov.) — Carlier. Adénite sus-claviculaire dans le cancer de la prostate. (*Ibid.*) — A. Guépin. Prostatite aiguë localisée. (*J. des Praticiens*, 15 août.) Sackur. Etude clinique et expérimentale sur le traitement moderne de l'hypertrophie de la prostate. (*Ther. Mon.*, sept.) — Discussion à la Brit. Assoc. sur le traitement de l'hypertrophie de la prostate. (*Brit. med. j.*, 10 oct.) — Vautrin. Du traitement moderne de l'hypertrophie de la prostate. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 avril.) — Mears. La ligature du cordon contre l'hypertrophie de la prostate. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XIII, p. 173.) — Deriuschinski. La castration et la ligature de l'artère iliaque interne comparées aux autres méthodes de cure radicale de l'hypertrophie de la prostate. (In-8°, 85 p., *Moscou*, 1895.) — Desnos. Opérations palliatives contre le cancer de la prostate. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Loumeau. Résection des canaux déférents et castration dans l'hypertrophie de la prostate. (*Ibid.*) — Hunt. Hypertrophie de la prostate, cystite grave, castration double, guérison. (*Lancet*, 3 oct.) — Henrot. Hypertrophie de la prostate, injection de liquide testiculaire, ligature des canaux déférents. (*Union méd. Nord-Est*, 30 août.) — Carlier. Castration double chez un prostatique ayant déjà subi des ponctions hypogastriques : la cystostomie sus-pubienne et la résection des canaux déférents. (*Ann. mal. org. gen. urin.*, nov.) — Gabrielsen. De la castration dans l'hypertrophie de la prostate. (*Norsk. mag. f. Lægevid.*, oct.) — Verhoogen. Le traitement opératoire de la prostate. (*La policl. Bruxelles*, 1er nov.) — De Rouville. Carcinome de la prostate chez un chien. (*Soc. anat. Paris*, 15 juill.)

Protozoaires. — Greenwood. Changements de structure des noyaux des protozaires. (*J. of phys.*, XX, p. 427.) — Casagradi et Barbagallo. Sur les terrains de culture des amibes. (*Riforma méd.*, 8 juill.)

Prurit, rigo. — Saville. Pathogénie du prurit, traitement par de hautes doses de chlorure de calcium. (*Ther. Gaz.*, 15 sept. et *Brit. med. j.*, 19 sept.) — Besnier. Du prurigo. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 269.) — White. Idem. (*Ibid.*, p. 290.) — Feulard. Prurigo simple chez un enfant. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1053.)

Psoriasis. — Kutznitzky. Psoriasis unilatéral et théories sur l'étiologie. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 402.) — Brault. Traitement du psoriasis par les injections mercurielles. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1095.) — Mossé. Effets de la médication thyroïdienne dans 2 cas de psoriasis. (*Cong. Ass. franç. Tunis.*)

Psychologie, psychose. — Tissié. Les rêves, rêves pathogènes et thérapeutiques, rêves photographiés. (In-8°, 24 p., *Bordeaux.*) — Sommer. Méthode d'exploration des mouvements émotifs. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 427, 11 mai.) — Reubold. Une anecdote sur la vie psychique inconsciente. (*Münch. med. Woch.*, 25 fév.) — Leegaard. Sur la dégénérescence psychique héréditaire. (*Norsk. Mag.*, août.) — Nicati. De la conscience au point de vue physique. (*Marseille méd.*, 1er avril.) — Roux. La sensation douloureuse, étude psychologique. (*Province méd.*, 10 oct.) — Grasset. De l'automatisme psychologique. (*N. Montpellier méd.*, suppl., n° 2.) — Richet. Le rôle de la douleur. (*Rev. scientif.*, 22 août.) — Marro. Les psychoses de la puberté. (In-8°, 80 p., *Turin.*) — Morselli. Note sur les psychoses cocaïniques et sur leurs variétés nosographiques. (*Riforma med.*, 27 mai.) — Elzholtz. Un cas de psychose aiguë guérie après 13 ans. (*Wiener med. Woch.*, 19 sept.) — Schwartz. De l'inversion sexuelle. (*Thèse de Montpellier.*)

Puerpéral (État). — Vogl. La mortalité puerpérale et ses rapports avec l'antisepsie, en Norwège, en 1882-1891. (*Norsk. Mag.*, juill.) — Devoir. Des trombus puerpéraux. (*Thèse de Paris.*) — Oakeshott. Hyperpyrexie dans l'état puerpéral. (*Lancet*, 3 oct.) — Rouse. Gangrène compliquant la manie puerpérale. (*Ibid.*, 14 nov.) — Schnell. Gaz dans le sang d'une accouchée morte de puerpérisme avec tympanisme utérin. (*Mon. f. Geburts.*, sept.) — Témoin. Kyste dermoïde de l'ovaire et accidents puerpéraux. (10° *Cong. franç. de chir.*) — Saft. La question de la fièvre puerpérale, prophylaxie et traitement. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 579.) — Baumm. La fièvre puerpérale, asepsie et antisepsie ou obstétrique. (*Ibid.*, p. 621.) — Pestalozza. Thérapeutique actuelle des infections puerpérales. (*Settim. med.*, 18 avril.) — Longyear. Traitement de l'infection puerpérale. (*Americ. j. of obst.*, oct.) — Branthomme. Un cas de fièvre puerpérale. Remarques sur le traitement. (*France méd.*, 4 sept.) — Laruelle. Un cas d'infection puerpérale traitée par le sérum antistreptococcique, guérison. (*Presse méd. belge*, 25 oct.) — Soulagne. 2 cas de suppuration post-puerpérale du petit bassin, opérés et guéris. (*N. Montpellier méd.*, 30 mai.) — Balus. 2 cas de fièvre puerpérale traités par le sérum de Marmorek. (*J. sc. méd. Lille*, 29 août.) — Lop. Septicémie puerpérale traitée par le sérum de Marmorek, 2 cas, guérison. (*Marseille méd.*, 15 août.) — Mc Kerron. Le sérum antistreptococcique. (*Brit. med. j.*, 10 oct.) — Williams. Valeur du sérum antistreptococcique dans le traitement des septicémies puerpérales graves. (*Ibid.*, 31 oct.)

Purpura. — Béna. L'hématologie et la pathogénie du purpura. (*Thèse de Paris.*) — Clausse. Pathogénie des purpuras infectieux. (*Bull. méd.*, 9 sept.) — Burcher. Du purpura hémorragique gangréneux. (*Thèse de Bâle.*)

R

Rachis. — Hall. La mobilité de la colonne vertébrale dans la position couchée. (*Boston med. Journ.*, 17 sept.) — Deniges et Sabrazès. Valeur diagnostique de la ponction lombaire ; examen comparatif au point de vue bactériologique et chimique du liquide céphalo-rachidien. (*Rev. de méd.*, oct.) — Tobiesen.

De la ponction lombaire. (*Hosp. Tidende*, IV, p. 205.) — Storm-Bull. Sur la ponction lombaire. (*Norck. Magazin*, mai.) — Fitz. La mensuration du degré de la scoliose. (*Boston med. Journ.*, 3 sept.) — Brackett. Traitement de la scoliose. (*Ibid.*, 3 sept.) — Judson. Déductions pratiques tirées d'observations cliniques sur la scoliose. (*Rev. d'orthop.*, 1er sept.) — Fornaca. 2 cas d'ischialgie avec scoliose alternante. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXV, p. 225.) — Mc Curdy. Traitement de la scoliose; description d'un corset simple et efficace. (*Americ. med. Bull.*, 29 août.) — Mme Wilbouchevitch. La gymnastique dans le traitement de la scoliose et de la cyphose. (*Presse méd.*, 14 oct.) — Chipault. La cyphose infantile. (*J. de clin. inf.*, 24 sept.) Makins et Abbott. De l'ostéomyélite aiguë primitive du rachis. (*Ann. of Surg.*, mai). — Ardouin. Tuberculose du sacrum et coxalgie secondaire. (*Soc. anat. Paris*, 24 juill.) — Dersheid. Du traitement de la tuberculose vertébrale par le lit plâtré. (*La clin. belge*, 10 sept.) — Chipault. L'anesthésie pottique oscillante. (*Presse méd.*, 12 sept.) — Musmeci. Un cas de mal de Pott suivi de guérison. (*Riv. clin. e terap.*, mai.) — Weill. Mal de Pott avec grande déformation. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, mai.) — Kirk. Paraplégie par carie rachidienne, opération de Ménard. (*Brit. med. j.*, 14 nov.) — Vié. Traitement chirurgical des abcès par congestion du psoas d'origine vertébrale. (*Thèse de Montpellier.*) — Wachenhusen. De la résection des vertèbres dans la paralysie par compression. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 75.) — Kœrte. Résection du sacrum pour tumeurs sarcomateuses. (*Berl. klin. Woch.*, 20 août.)

Rachitisme. — Regnault. Facies rachitique. (*Rev. mal. de l'enf.*, nov.) — Troitzki. Le rachitisme, clinique et expérimentation. (*Vratch*, 29 août.) — Gibert. Du rachitisme tardif. (*N. Montpellier méd.*, 30 mai.) — Hertoghe. Diagnostic de la possibilité d'une reprise de croissance dans les arrêts ou retards notables dus au myxœdème, à l'hyperazoturie et au rachitisme. (*Bull. acad. méd. Belgique*, X, p. 564.) — Liebe. Un cas de la maladie de Barlow. (*Münch. med. Woch.*, 14 janv.)

Rage. — Moser. 2 cas d'hydrophobie. (*Med. Record*, 12 sept.) — Bruschettini. Recherches bactériologiques sur la rage. (*Giorn. Accad. Medic. Torino*, juin-juill.) — Calabrese. Diffusion du virus rabique inoculé dans la chambre antérieure. (*Semaine méd.*, 31 oct.)

Rate. — Birmingham. Anatomie topographique de la rate, du pancréas et du duodénum. (*J. of anat.*, oct.) — Roque et Bret. Splénomégalie avec cirrhose du foie. (*Prov. méd.*, 29 août.) — Black. Abcès de la rate guéri par incision et drainage. (*Brit. med. j.*, 17 oct.) — Hatchett. Un cas de laparo-splénectomie. (*Med. Record*, 19 sept.) — Ghetti. Splénectomie pour kyste de la rate mobile. (*Gaz. d. Osped.*, 4 oct.) — Valeggia. Splénectomie. (*Riforma med.*, 21 mai.) — Jonnesco, Hartmann. Obs. de splénectomie. (10e *Cong. franç. de chir.*)

Rectum. — Reach. Variété de fistule rectale. (*Med. and surg. Rep.*, 19 sept.) — Aulés. Des rétrécissements inflammatoires du rectum. Etiologie. (*Thèse de Montpellier.*) — Willems. Reconstitution d'un sphincter après l'amputation du rectum. (*Ann. Soc. belge chir.*, 1er avril.) — Czerny. Cancer du rectum chez un garçon de 13 ans. (*Münch. med. Woch.*, 17 mars.) — Le Dentu. Diagnostic et traitement du cancer du rectum. (*J. des Praticiens*, 8 août.) — Littlewood. Traitement chirurgical des affections malignes du rectum, 8 cas. (*Lancet*, 12 sept.) — Campbell. Valeur de la méthode sacrée dans les affections du rectum et des organes pelviens. (*Brit. med. j.*,

10 oct.) — Depage. Résection du rectum pour cancer, 10 cas. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Chaput. Traitement chirurgical du cancer du rectum. (*Bull. Soc. de Chir.*, XXII, p. 509).

Réflexe. — Gotch. Du réflexe tendineux. (*J. of phys.*, XX, p. 322.) — Pieraccini. Du réflexe tendineux dans l'état post-épileptique. (*Settim. med.*, 8 août.) — Wyroubow. Sur la signification de la commissure postérieure pour les réflexes lumineux. (*Obozr. psych.*, sept.) — Verworn. Réflexe tonique (*Arch. f. ges. Phys.*, LXV, p. 63.)

Rein. — Maresch. Les pyramides de Malpighi du rein de l'homme. (*Anat. Anz.*, XII, p. 299.) — Wroblewski. Présence de champignons pathogènes dans l'extrait de capsules surrénales. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 528.) — Gottlieb. Action de l'extrait de capsules surrénales sur le cœur et la pression sanguine. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVIII, p. 99.) — Jonowski. Un cas d'insuffisance temporaire du rein. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 166.) — Ord. Leçon sur les maladies du rein. (*Practitioner*, nov.) — Miscoli. Pathologie des reins. (*Gaz. degli Osped.*, 23 août.) — Grixomi. Sur un nouveau bacille polymorphe rencontré dans un cas de néphrite suppurée calculeuse. (*Riforma med.*, 12 oct.) — De Michele. Fréquence des néphrites primitives et secondaires par le diplocoque lancéolé. (*Morgagni*, août.) — Harrington. Un cas d'anurie prolongée. (*Boston med. Journ.*, 1er oct.) — Moscato. Phlébite par thrombose des veines rénales. (*Gaz. med. Lombardia*, 29 août.) — Mlle Myszynska. Du traitement des néphrites infectieuses par la teinture de cantharides. (*Thèse de Paris.*) — Verhoogen. Néphrectomie et néphrotomie. (*La Policlin. Bruxelles*, 1er sept.) — Bayard Holmes. Chirurgie du rein; hématurie rénale persistante. (*J. Americ. med. Ass.*, 29 sept.) — Graf. Bactéries dans la pyélonéphrite primitive. (*Deut. med. Woch.*, 17 sept.) — Way. De la pyélite, un cas traité avec succès par l'incision et le drainage. (*Med. News*, 26 sept.) — Picqué. Tuberculose rénale. Néphrotomie et néphrectomie secondaire. Guérison. (*J. des Praticiens*, 3 oct.) — Albarran. 2 néphrectomies précoces pour tuberculose miliaire du rein. Guérison. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, oct.) — Lequeu. Pathogénie et traitement de l'hydronéphrose (*Ibid.*, nov.) — Albarran. Physiologie pathologique de l'augmentation de volume du rein et de la polyurie dans les crises d'hydronéphrose intermittente. (*Ibid.*) — Duret. Volumineuse pyonéphrose à paroi fibro-cartilagineuse, à contenu puriforme d'origine probablement congénitale, extirpation. (*Ibid.*, nov.) — Mauny. Hydropyonéphrose à marche suraiguë, laparotomie, néphrectomie secondaire. (*10e Cong. franç. de chir.*) — Albarran. Série de 64 opérations sur les reins. (*Ibid.*) — Toth. Hydronéphrose par abouchement oblique des uretères, laparonéphrectomie. (*Cent. f. Gyn.*, 24 oct.) — Legueu. Pathogénie et traitement de l'hydronéphrose. (*Assoc. franç. des urol.*, 23 oct.) — Chevallier. 2 cas de néphrotomie pour anurie. (*Ibid.*) — Vailhen. De l'intervention chirurgicale dans l'anurie calculeuse. (*Thèse de Paris.*) — Nash. Traitement chirurgical des calculs du rein. (*Australas. med. Gaz.*, 20 juill.) — Keller. Du rein flottant chez la femme. (*Samml. Abhandl. aus d. Gebiete d. Frauenkeilk.*, I, 2.) — Cordier. Rein mobile, résultats locaux et éloignés. (*Amer. j. of obst.*, oct.) — Péan. Néphropexie et hépatopexie simultanées. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Montprofit. Rupture traumatique du rein, néphrectomie lombaire. (*Ibid.*) — Taylor. Les limites de la néphrorraphie. (*Med. News*, 24 oct., p. 477.) — Resegotti. Sur un cas de greffe des uretères dans l'inflexion iliaque. (*Giorn. Accad. med. Torino*, août.) — Solger. Des dilatations en fuseau des uretères. (*Anat. Anz.*, XII, p. 347.) — Reynolds. Quelques formes d'uretérite chez la femme. (*Amer. j. of obst.*, juill.) — Lloyd. Calcul enclavé

dans l'uretère. (*Brit. med. j.*, 24 oct.) — Casper. Valeur diagnostique du cathétérisme des uretères. (In-8°, 71 p., *Berlin.*) — Burzaghi. Chirurgie des uretères. (*Gaz. d. osped.*, 4 oct.) — Roberts. Uretéro-lithotomie transpéritonéale, Guérison. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIII, p. 381.) — Manasse. Sur l'histologie et l'histogenèse des tumeurs primitives des reins. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLII, 1 et suiv.) — Gatti. Sur les tumeurs rénales provenant de germes détachés des capsules surrénales. (*Ibid.*, CXLIV, 3.) — Von Mutach. Genèse des kystes du rein. (*Ibid.*, CXLII, 1.) — Matchinski. Un cas de dégénérescence kystique des reins. (*Vratch*, 19 sept.) — Lanelongue et Vitrac. 2 cas de néphrectomie pour reins polykystiques. (*Cong. Ass. franc. Turin.*) — Weinberg. Epithélioma primitif tubulé du rein, avec envahissement de l'uretère. (*Soc. anat. Paris*, 10 juill.) — Davis. Cancer de la capsule surrénale. (*Lancet*, 3 oct.) — Gatti. Sur les néoplasmes du rein développés dans les germes aberrants des capsules surrénales. (*Giorn. Accad. di Med. Torino*, avril.) — Kuester. Indications de la néphrectomie. (*Berl. klin. Woch.*, 11 mai.) — Pawlik. Diagnostic et traitement des tumeurs de la région rénale. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 571.) — Bloch. Résection de la moitié du rein envahi par une excroissance morbide. (*Brit. med. j.*, 17 oct.) — Socin. Néphrectomie pour cancer. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 juill.) — Wallis. Néphrectomie abdominale pour rupture du rein droit. (*London clin. Soc.*, 23 oct.) — Keen. Traitement de la rupture du rein. (*Ann. of surg.*, août.)

Résection. — Rochet. Des résections extra-articulaires ou extirpations articulaires. (*Province méd.*, 26 sept.) — Cousin. Résection complète de l'omoplate pour panostéite tuberculeuse. (*Ibid.*, 26 sept.) — Cushing. La résection du genou. (*Boston med. Journ.*, 17 sept.) — Sabanieeff. Sur la résection intra-articulaire du genou. (*Vratch*, 19 sept.) — Falkenberg. A propos de la résection extra-articulaire du genou. (*Ibid.*, 24 oct.) — Wolkowitch. Méthode extra-capsulaire ou extra-articulaire de résection du genou. (*Ibid.*, 1er août.) — André. Des déviations angulaires consécutives à la résection et à l'arthrectomie du genou chez l'enfant. (*Gaz. hebd. Paris*, 8 oct.) — Rouchon. Déformations tardives dans les genoux réséqués et synovectomisés. (*Province méd.*, 3 oct.) — V. Oswiecymski. De la résection médiane du tarse. (*Cent. f. Chir.*, 26 sept.)

Respiration. — Billings et Weir Mitchell. L'air expiré et son action sur la vie animale. (*Rev. scient.*, 29 août.) — Laulanié. Des renseignements fournis par les échanges respiratoires sur la destination des hydrates de carbone. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 791.) — Tussey. L'expiration prolongée. (*Americ. med. Bull.*, 5 sept.) — Potain. Du rôle de la miopagie respiratoire. (*Semaine méd.*, 14 oct.) — Stern. Du type respiratoire de Cheyne-Stokes et d'autres troubles périodiques de la respiration. (*Berl. klin. Woch.*, p. 425, 11 mai.) — Campbell. Les exercices respiratoires dans le traitement des maladies. (*Ther. Gaz.*, 15 sept. et *Brit. med. j.*, 19 sept.)

Rétine. — Ramon y Cajal. Nouvelles contributions à l'étude histologique de la rétine et à la question des anastomoses des prolongements protoplasmiques. (*J. de l'anat.*, sept.) — Murmayer. Structure fine de la rétine. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 83.) — Huscher. Fibres à myéline de la rétine (*Opht. review.*, janv.) — Parinaud. Les nouvelles idées sur les fonctions de la rétine. (*Arch. d'opht.*, févr.) — Charpentier. Idem. (*Ibid.*, mars.) — Charpentier. L'adaptation rétinienne et le phénomène de Purkinje. (*Ibid.*, mars.) — Dor. Des reflets moirés de la rétine chez les enfants. (*Province méd.*, 24 oct.) — Krienes. Les sensations lumineuses et colorées dans les

affections de la rétine et du nerf optique. (*Arch. f. Aug.*, XXXIII, 4.) — Juler. Troubles pathologiques de la rétine. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Juler. 6 obs. de lésions intéressantes de la rétine. (*Ibid.*, 26 sept.) — Bassères. Hémorragies rétiniennes d'origine palustre. (*Arch. d'opht.*, juin.) — Natanson. De la chorio-rétinite striée et de la guérison spontanée du décollement de la rétine. (*Klin. Mon. f. Aug.*, oct.) — Baquis. Sur un cas de décollement de la rétine, étude sur la nutrition de la rétine. (*Ann. di Ottalm.*, XXV, p. 241.) — Randolph. Changements anatomiques dans 2 cas de décollement de la rétine. (*J. Amer. med. Ass.*, 3 oct.) — Reik. Facteurs étiologiques autres que la myopie dans la production du décollement de la rétine. (*Ibid.*, 3 oct.) — Love. Un cas de décollement de la rétine et d'œdème survenant au cours d'un mal de Bright. (*Ibid.*, 3 oct.) — Wood. Traitement du décollement de la rétine. (*Ibid.*, 3 oct.) — Montgomery. L'électrolyse dans le traitement du décollement de la rétine. (*Ibid.*, 26 sept.) — Lodato. Les injections sous-conjonctivales de NaCL dans le décollement de la rétine. (*Arch. di Ottalm.*, IV, p. 47.) — Meisling. Formation kystique dans la rétine avec hypertrophie de nature bénigne. (*Klin. Mon. f. Aug.*, sept.) — Bocchi. Tumeur de la rétine. (*Ann. di Ottalm.*, XXV, p. 204.)

Rhumatisme. — Lowe. Rhumatisme aigu avec hyperpyrexie. (*Brit. med. j.*, 7 nov.) — Mas. Des cas de transition au point de vue clinique entre le rhumatisme articulaire aigu et les pseudo-rhumatismes infectieux. (*Thèse de Montpellier.*) — Potain. Des déformations du rhumatisme chronique noueux. (*Semaine méd.*, 4 nov.) — Bergamaschi. Traitement du rhumatisme polyarticulaire. (*Morgagni*, sept.) — Jaccoud. Des contre-indications de la médication salicylée dans le rhumatisme articulaire aigu. (*Semaine méd.*, 28 oct.) — Lannois et Linossier. Traitement du rhumatisme par les applications locales de salicylate de soude. (*Bull. méd.*, 2 sept.) — Weiss. Action des injections de sérum dans le rhumatisme. (*Cent. f. inn. Med.*, 17.)

Rougeole. — Behla. La rougeole chez les animaux. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 561.) — Lop. Réinfection morbilleuse, récidive et rechute de rougeole. (*Rev. mal. de l'enf.*, nov.) — Maurin. Contagion, complications intestinales et prophylaxie de la rougeole. (*Thèse de Montpellier.*) — Feltz. Rechute de la rougeole. (*Gaz. hebd. Paris*, 18 oct.) — Ellison. Myélite aiguë ascendante, suite de rougeole. (*Lancet*, 17 oct.) — Lihou. Prophylaxie de la rougeole à l'hôpital. (*Thèse de Paris.*) — Rix. Bains chauds dans la rougeole. (*Brit. med. j.*, 7 nov.)

S

Salivaire. — Lafay. Analyse d'un liquide de tumeur parotidienne. (*J. de pharm.*, 1er sept.)

Sang. — Giglio-Tos. Sur les granulations des érythrocytes. (*Anat. Anz.*, XII, p. 321.) — Van Niessen. Sur la multiplication régénératrice des globules rouges du sang humain. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXLI, 2.) — Lewin et Rosenstein. Recherches sur la réaction de l'hémine. (*Ibid.*, CXLII, 1.)

— Ramon y Cajal. La phagocytose des plaquettes. (*Rev. trim. micrograf.*, mars.) — Sicherer. Chimiotaxie des leucocytes des animaux à sang chaud en dehors du corps. (*Münch. med. Woch.*, p. 976, 13 oct.) — Nicolls. Hémodynamique. (*J. of phys.*, XX, p. 407.) — Beer. Nouvel appareil gradué pour la mesure et l'enregistrement de la pression sanguine. (*Cent. f. Physiol.*, X, p. 330.) — Hœpfl. Un nouvel instrument pour mesurer la pression sanguine dans la pratique médicale. (*Münch. med. Woch.*, p. 697, 28 juill.) — Huerthle. Méthode d'enregistrement de la pression artérielle. (*Deut. med. Woch.*, 3 sept.) — Popel. Sur les variations de la densité du sang dans le jeûne absolu, simple ou compliqué de la ligature des uretères. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, IV, p. 354.) — Hill et Nabarro. Echanges gazeux du sang dans le cerveau et les muscles à l'état de repos et d'activité. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — Bosc et Delezenne. Imputrescibilité du sang rendu incoagulable par l'extrait de sangsue. (*Ac. des sc.*, 14 sept.) — Achard et Bensaude. Sur la présence de la propriété agglutinante dans le plasma sanguin et divers liquides de l'organisme. (*Ibid.*, 28 sept. et *Presse méd.*, 30 sept.) — Athanasiu et Carvallo. Sur le mécanisme de l'action anticoagulante des injections intraveineuses de peptone. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 866.) — Arthus et Huber. Action des injections intra-veineuses de digestions peptique et tryptique de la gélatine et du caséum sur la coagulation du sang chez le chien. (*Ibid.*, VIII, p. 857.) — Pickering. La coagulabilité du sang de l'albinos. (*J. of phys.*, XX, p. 310.) — Krilitchewski. Action comparée de l'histon et de l'extrait des sangsues sur la coagulabilité du sang. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Biernacki. Pneumatologie du sang, coagulation, alcalescence dans les états pathologiques. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 1.) — Biernacki. Intoxication acide et alcalescence du sang, comme indications thérapeutiques. (*Münch. med. Woch.*, p. 653, 14 juill.) — Cantani. De l'alcalescence du sang chez les animaux immunisés. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 566.) — Hanriot. Sur un nouveau ferment du sang. (*Acad. des sc.*, 9 nov. et *Bull. Acad. de méd.*, 10 nov.) — Schulz. Teneur en graisse du sang de chien. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXV, p. 299.) — Ziegelroth. De l'influence de la saignée sur le poids spécifique du sang. (*Archiv f. path. Anat.*, CXLI, 2.) — Bosc et Delezenne. De l'immunité conférée par quelques substances anticoagulantes ; de son mécanisme, excitation de la phagocytose, augmentation du pouvoir bactéricide du sang. (*Acad. des Sc.*, 28 sept.) — Eijkman. Recherches sur le sang sous les tropiques. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLIII, 3.) — Sprague. La valeur diagnostique de l'examen du sang. (*Med. Record*, 26 sept.) — Piffard. La préparation du sang pour les examens microscopiques. (*Ibid.*, 17 oct.) — Rosenstadt. Méthode pour les examens du sang. (*Wiener med. Blätter*, 27.) — Marchetti. Etat des leucocytes dans la période digestive dans les diverses maladies. (*Morgagni*, oct.) — Seydel. De l'utilisation pratique de la leucocytose. (*Münch. med. Woch.*, p. 889, 22 sept.) — Wells. Leucocytose et immunité, analyse critique de la théorie de la thérapie par la nucléine. (*Med. News*, 17 oct.) — Maurel. Hyperleucocytoses post-phlébotomiques et post-revulsives. (*Bull. méd.*, 12 août.) — Wilkinson. Action des médicaments sur les leucocytes du sang. (*Brit. med. j.*, 26 sept.) — Weiss. Action des injections de sérum sanguin dans le sang. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXV, p. 215.) — Van Schaick. Le lavage du sang. (*N. York therap. review*, sept.) — Mourette. Sur le lavage du sang. (*Thèse de Paris.*)

Sarcome. — Ferranti. Fibro-sarcome du genou. (*Gas. d. Osped.*, 13 sept.) — Perrin et Leredde. Sarcome cutané généralisé à cellules géantes. Etude histologique. (*Marseille méd.*, 15 juin.) — Willoughby. Sarcome multiple des séreuses chez un jeune homme, mort. (*Lancet*, 19 sept.)

Scarlatine. — Fourrier. De la scarlatine maligne, guérison d'un cas à forme nerveuse ou ataxique foudroyante, par le sérum antidiphtérique, application de la méthode à six autres cas à marche moins rapide. (*Gaz. des hôp.*, 22 sept.) — Arnaud. Un cas de scarlatine non compliquée. Hyperthermie pendant la desquamation ; traitement par les bains froids. (*Marseille méd.*, 15 juill.) — Béclère. De la desquamation comme signe différentiel de la scarlatine et des érythèmes scarlatiniformes. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 juill.) — Ingerslev. Scarlatine chirurgicale suite de lymphangite brachiale. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 171.)

Sensibilité. — Sticker. De l'utilisation diagnostique de la forme et de la distribution des troubles de la sensibilité. (*Münch. med. Woch.*, 3 mars.) — Woskressenski. Sur la sensibilité cutanée des sujets sains et des paralytiques généraux. (*Obozr. psych.*, sept.)

Septicémie. — Potherat. 2 cas de septicémie gazeuse. (10e *Cong. franç. chir.*, oct.) — Comba. Un cas de septicémie par le bacille de Friedländer, chez un nouveau-né, avec association de sclérème. (*Lo Sperimentale*, L, p. 112.) — Coleman et Wakeling. Septicémie aiguë traitée par le sérum antistreptococcique, guérison. (*Brit. med. j.*, 12 sept.)

Sérothérapie. — Delgrange. Essai d'étude comparée sur les sérums. (*Thèse de Paris.*) — Vaughan. La sérumthérapie dans les maladies. (*J. Americ. med. Ass.*, 29 août.) — Bordier. Historique général du rôle antitoxique des organes. (*Presse méd.*, 1er juill.) — Jackson. Traitement de maladies autres que la diphtérie par les antitoxines. (*Boston med. j.*, 27 août.) — Capman. Sérothérapie antistaphylococcique. (*Acad. des Sc.*, 5 oct.) — Witthauer. Boîte pour injections de sérum. (*Münch. med. Woch.*, 28 janv.) — Faitout. Les injections de sérum artificiel dans les infections et les intoxications. (*Union méd.*, 1er août.) — Poix. Les exanthèmes séro-thérapiques. (*J. des Praticiens*, 27 juin.) — Rodet. Sur les propriétés du sérum de moutons immunisés contre le bacille d'Eberth et le bacille coli. (*Lyon méd.*, 20 sept.) — Belfanti et Carbone. Sérothérapie antistreptococcique. (*Semaine méd.*, 31 oct.) — H. Cook et R. Cook. 2 cas d'empoisonnement du sang, emploi du sérum antistreptococcique. (*Brit. med. j.*, 31 oct.)

Serpent. — Calmette. Le venin de serpent et le sérum antivenimeux. (*Brit. med. j.*, 10 oct.) — Fraser. Les limites du pouvoir antidote des antitoxines, antagonisme entre le venin de serpent et l'antivenin. (*Ibid.*, 3 oct.) — Maisonneuve. Expérience établissant la longue conservation de la virulence du venin de serpents. (*Acad. des Sc.*, 28 sept.)

Spina-bifida. — Kirmisson. Sur une observation de spina-bifida (myélo-cystocèle.) (*Bull. acad. de méd.*, 11 août.) — Joachimsthal. Un cas rare de spina-bifida congénital. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXLI, 3.)

Strabisme. — Guillery. De l'amblyopie strabique. (*Arch. f. Aug.*, XXXIII, p. 45.) — Weiss. Rapports entre les muscles droits internes et externes affectés par la divergence croissante des orbites. (*Arch. of Opht.*, XXV, p. 341.)

Sueur. — Fananas. Tubes sécréteurs des glandes sudoripares. (*Rev. trim. micrograf.*, mars.) — Pellizzi. Ephydrose unilatérale de la face. (*Riv. di pat. nerv.*, I, p. 345.)

Suppuration. — Park. Des conséquences de l'hyperémie, pathologie de l'in-

flammation et de la suppuration. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIII, p. 227.) — Banzet. Quelques mots sur les principaux microbes de la suppuration. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 juill.)

Surdi-mutité. — Kerr Love. Surdi-mutité, étude clinique et pathologique. (In-8°, 386 p., *Londres.*) — Heller, Urbantschitsch. Obs. de surdi-mutité psychique. (*Soc. autrich. d'otol. Mon. f. Ohr.*, 7.)

Syphilis. — Brouardel. Contagion hospitalière de la syphilis. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1055.) — Van Niessen. Sur la contagion syphilitique. (*Wiener med. Woch.*, 29 août.) — Merger. Sur la syphilis conceptionnelle. (*Thèse de Paris.*) — Fourrier. Deuxième syphilis contractée 15 ans après la première. (*Bull. méd.*, 16 sept.) — Dubousquet-Laborderie. 3 cas de syphilis héréditaire tardive. (*J. de méd. Paris*, 15 nov.) — Pellizari. Sur la valeur relative des signes de la syphilis héréditaire tardive. (*Settim. med.*, 28 mars.) — Feulard. Stigmates de syphilis héréditaire, cicatrices labiales, kératite, altérations dentaires. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1050.) — Feulard. Accidents de syphilis tertiaire chez un enfant de 5 ans 1/2; destruction d'une partie du voile du nez. (*Ibid.*, VII, p. 1052.) — Albers-Schonberg. De la syphilis fœtale. (*Münch. med. Woch.*, 12 mai.) — Labbé. Syphilis héréditaire chez un nourrisson, exostoses symétriques des fémurs, pseudo-paralysie. (*Soc. anat. Paris*, 24 juill.) — Koloman Buday. Sur un cas extraordinaire de syphilis. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXLI, 3.) — Tarnowsky. Syphilis maligne. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 324.) — Mc Call Anderson. Sur les formes rares de lésions syphilitiques. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Ward. La lésion primitive de la syphilis. (*Brit. med. j.*, 24 oct.) — Velhagen. Un cas de chancre induré de la paupière supérieure. (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, fév.) — Hahn. Des chancres extra-génitaux. (*Jahrb. Hanburg. Staatskrank.*, IV.) — Canuet. Chancres indurés multiples, lèvres, seins, amygdale. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1078.) — Sorel. 2 cas de chancres extra-génitaux. (*J. mal. cut.*, 7.) — Stout. Six cas de chancre labial. (*J. of cutan. dis.*, oct.) — Saalfeld. Chancre de la langue. (*Soc. berlin. de derm.*, 11 fév.) — Feibes. Du pronostic de la syphilis extra-génitale. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1215.) — Timofeeff. Sur l'augmentation du corps thyroïde dans la phase précoce de la syphilis condylomateuse. (*Journ. médic. milit. russe*). — Mink. La symptomatologie de la démence syphilitique. (*Medicine*, oct.) — Vaquié. De l'hydrocéphalie hérédo-syphilitique. (*Thèse de Toulouse.*) — Bezy. 2 cas d'hydrocéphalie hérédo-syphilitique. (*Arch. méd. Toulouse*, 10 oct.) — Bechterew. L'automatisme comme manifestation de la syphilis cérébrale. (*Obozr. psych.*, sept.) — Kœppen. 2 cas de syphilis des centres nerveux. (*Berl. klin. Woch.*, 23 déc. 1895.) — Fournier. Hémiplégie spinale très précoce survenue au début même de la période secondaire, amyotrophie consécutive du membre inférieur. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1073.) — Brault. Myélite syphilitique aiguë précoce. (*Ibid.*, VII, p. 1093.) — Mourier. De la myélite transverse syphilitique. (*Thèse de Montpellier.*) — Mettler. La syphilis de la moelle épinière. (*Med. Record*, 3 oct.) — Schwyzer. Autopsie du cas de Seifert de sténose bronchique syphilitique. (*Münch. med. Woch.* n° 31, 1895 et n° 15, p. 337, 14 avril 1896.) — Fink. Action de la syphilis sur les voies aériennes supérieures. (*Samml. Abhandl. aus d. Gebiete d. Nasenk.*, II, 2 et 3.) — Spillmann et Etienne. Pleurésie du stade roséolique de la syphilis. (*Rev. méd. de l'Est.*, 15 mars.) — Hobbs et Broustet. Syphilis pulmonaire. (*J. méd. Bordeaux*, 16 août.) — Passini. Endartérite syphilitique chez un enfant de 2 ans. (*Arch. f. Kind.*, XXI, 1.) — Letulle. Syphilis artérielle. (*Presse méd.*, 11 nov.) — Highet. Gomme de la région

ciliaire. (*Brit. med. j.*, 7 nov.) — Gallenga. Gomme du corps ciliaire. (*Ann. di ottalm.*, XXV, p. 210.) — E. Berger. Syphilis oculaire avec albuminurie, pronostic et traitement. (*Prog. méd.*, 19 sept.) — G. Brouardel. — Glossite syphilitique développée malgré le traitement par injections de calomel. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1057.) — Hanot. Hépatite syphilitique hypertrophique avec ulcère chronique. (*Presse méd.*, 30 sept.) — Doederlein. De la néphrite syphilitique. (*Münch. med. Woch.*, p. 976, 13 oct.) — Zeldowitch. Lésions des reins chez les enfants héréditaires syphilitiques. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Thuillié. De l'hydrocèle syphilitique, son traitement chirurgical. (*Thèse de Toulouse.*) — Eltzyne. La syphilis et les maladies cutanées chez les femmes de la classe ouvrière de St-Pétersbourg. (*Vratch*, 17 oct.) — Ducastel. Gommes syphilitiques, atrophies musculaires multiples. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1079.) — Jadassohn. Sur quelques syphilides rares de la peau. (*Ibid.*, VII, p. 1213.) — Bock. Quelques cas d'acné syphilitique. (*La Clin. Bruxelles*, 8 oct.) — Nielsen. Erythème circiné syphilitique. (*Hosp. Tidende*, IV, p. 254). — Petersen. Idem. (*Ibid.*, p. 364.) — Barbe. Syphilide pustuleuse chez un hérédo-syphilitique. (*France méd.*, 18 sept.) — Marmonnier. Observation de syphilide tuberculo-ulcéreuse géante à marche serpigineuse. (*Marseille méd.*, 15 avril.) — Trouchaud. Lymphangite syphilitique érosive primitive suivie de leucopathie généralisée. (*Nord méd.*, 15 oct.) — Chipault. De quelques déformations de la main et des doigts consécutives à l'ostéite syphilitique. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, mai.) — Metzerott. Une erreur populaire dans le traitement de la syphilis. (*Amer. med. Bull.*, 25 juill.) — Collins. Le traitement syphilitique prévient-il les manifestations nerveuses qu'on considère comme d'origine syphilitique ? Statistique. (*J. of nerv. dis.*, août.) — Fournier. Dans quelles conditions convient-il d'accorder ou de refuser une nourrice à l'enfant d'un père syphilitique ? (*Presse méd.*, 14 nov.) — Assaky. Action thérapeutique de l'iodhydrate de quinine dans la syphilis secondaire. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 459 et *Presse méd.*, 12 sept.) — Waelsch. Traitement de la syphilis par l'hyposulfite de potasse et de mercure. (*Prager med. Woch.*, 30.) — H. Mueller. Sur la pénétration des savons mercuriels par la peau. (*Ther. Monats.*, nov.) — Baer. Action de l'iodure à la première période de la syphilis. (*Ther. Monats.*, oct.) — Jessner. Du traitement chronique intermittent de la syphilis. (*Ibid.*) — Barbe. De l'emploi de l'iodure de potassium dans la syphilis secondaire. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1213.) — Lane. Traitement de la syphilis par les injections intraveineuses de solutions mercurielles. (*Ibid.*, p. 1215.) — Cartier. Du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de bichlorure de mercure. (*Arch. de méd. nav.*, oct.) — Marmonier. Du traitement des syphilides secondaires par les fumigations de calomel. (*Marseille méd.*, 15 août.) — Barreyre. Les accidents consécutifs aux injections mercurielles dans le traitement de la syphilis. (*Thèse de Paris.*) — Lourier. Traitement de la syphilis par les injections de sérum de cheval. (*J. mal. cut.*, 7.)

T

Teigne. — Fox et Bloxall. Sur la pluralité des champignons causant la teigne à Londres. (*Brit. j. of derm.*, juill.) — Pelagatti. La teigne dans la province de Parme. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 515.) — Morris.

Herpés tonsurants et tricophyties. (*Ibid.*, XXIII, p. 389.) — Bosc et Galavielle. Onychomycose tricophytique, étude du champignon. (*Bull. méd.*, 9 sept.) — Smith. Cas rare de teigne versicolore. (*N. York med. j.*, 31 oct.) — William. Un cas de teigne faveuse. (*J. of cutan. dis.*, oct.) — Labbé. Des pseudo-pelades nerveuses. (*Gaz. des hôp.*, 7 nov.) — Scheffield. Traitement de la tricophytie tonsurante par l'acide acétique glacial. (*Americ. med. Bull.*, 5 sept.) — Salter. L'aldéhyde formique dans le traitement de la teigne. (*Brit. med. j.*, 12 sept.)

Température. — Gotch et Macdonald. Température et excitabilité. (*Journ. of phys.*, XX, p. 247.) — Dallest. Chronothermométrie clinique. (*Thèse de Montpellier.*)

Tendon. — Malherbe. Sur le myélome des gaines tendineuses. (10e *Cong. franç. de chir.*, oct.) — Gersuny. La ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille. (*Wiener med. Woch.*, 19 sept.) — Faguet. Sutures tendineuses. (*Cong. Ass. franç. Tunis.*) — Tillaux. Du traitement des sections tendineuses. (*Bull. méd.*, 20 sept.)

Ténia. — De Magalhaes. Un second cas d'hyménolepis diminuta, tenia flavopunctata. (*Cent. f. Backt.*, XX, p. 673.) — Hagelstam. Anémie causée par le ténia aux Etats-Unis. (*N. York med. j.*, 29 août.)

Testicule. — Plato. Des cellules interstitielles du testicule et leur valeur physiologique. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 280.) — Sebileau. Les bourses, la vaginale, le cremaster, la descente du testicule. (*Gaz. méd. de Paris*, 13 juin.) — Pearce. De l'usage des injections de suc testiculaire. (*Americ. med. Bull.*, 5 sept.). — Zœge-Manteuffel. Traitement du varicocèle. (*St.-Petersb. med. Woch.*, 31 oct.) — Knaggs. Inflammations septiques consécutives à la ponction de l'hydrocèle. (*London clin. Soc.*, 9 oct.) — Mauclaire. Lipome paravaginal du cordon spermatique droit, hématocèle de la tunique vaginale. (*Soc. anat. Paris*, 24 juil.) — Ikovitz. Observations de chondrome du testicule. (*Ann. de chir. russes*, 5.) — Carlier. Prothèse testiculaire après castration. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, nov.) — Challies. Des tumeurs de la tunique vaginale. (*Thèse de Montpellier.*)

Tétanie. — Kœster. Un cas de tétanie avec autopsie. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, IX, p. 207.)

Tétanos. — Archambaud. Tétanos pendant la grossesse. (*Thèse de Paris.*) — Chabad. Cas typique de tétanos traumatique. (*Med. Obozr.*, juin.) — Turner. Traitement préventif du tétanos des nouveau-nés. (*Brit. med. journ.*, 24 oct.) — V. Behring et Knorr. Antitoxine tétanique pour la pratique. (*Deut. med. Woch.*, 22 oct.) — Austin. Un cas de tétanos rapidement guéri par le sérum antitétanique. (*Boston med. Journ.*, 17 sept.) — Willemer. Un cas de tétanos guéri par l'antitoxine de Behring. (*Deut. med. Woch.*, 12 nov.) — Greenwood. Tétanos traumatique traité par l'antitoxine, guérison. (*Lancet*, 10 oct.) — Ridge. Tétanos traité par l'antitoxine. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Fenwick. Tétanos traité par l'antitoxine sans succès. (*Ibid.*) — Ranfagni. Un cas de tétanos guéri par l'antitoxine de Tizzoni. (*Riforma med.*, 21 sept.)

Thérapeutique. — Fiessinger. La thérapeutique psychique. (*Méd. mod.*, 17 oct.) — Fiessinger. La thérapeutique de G.-L. Bayle. (*Rev. intern. de thér.*, 17 août.) — Fiessinger. La thérapeutique de Lazare-Rivière. (*Ibid.*,

15 nov.) — Stokvis. L'exactitude scientifique de la posologie. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 oct.) — Cabanès. La zoothérapie. (*Ibid.*, 30 août.) — Summers. Organo-thérapie. (*N. York med. j.*, 3 oct.) — Cabot. L'usage thérapeutique des préparations de glande thyroïde, de corps pituitaire, de capsules surrénales, de moelle osseuse. (*Med. News*, 12 sept.) — Lagrange. La cure d'air marin. (*Rev. mal. de la nutrition*, août.)—Binz, Kast. Action des antipyrétiques. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 avril.) — Baader. Action diurétique des sels. (*Thèse de Heidelberg.*) — Lusignoli. Emploi thérapeutique des amers. (*Settim. med.*, 15 août.) — Vergniaud. Note sur l'emploi de l'ergotinine. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 sept.) — Frickenhaus. De l'action de la cautérisation phéniquée sur la peau saine. (*Münch. med. Woch.*, 28 avril.) — Hartcop. Du traitement par le phosphore. (*Ibid.*, 28 avril.) — Harnack. Des organismes porteurs d'iode et de leur emploi thérapeutique. (*Ibid.*, 3 mars.) — Strahler. Sur les feuilles de digitale. (*Ther. Monats.*, juin, p. 320.) — Cardi et Vallini. Effets de l'antypirine sur la circulation rénale. (*Semaine méd.*, 31 oct.) — Roncagliolo. Action des médicaments cardiaques sur la circulation périphérique. (*Ibid.*) — Millard. Quelques usages de la phytolacca decandra. (*Med. and surg. reporter*, 3 oct.) — De Buck et de Moor. Le tannoforme et son emploi thérapeutique. (*Therap. Woch.*, 25 oct.) — Frank. Recherches thérapeutiques sur le tannoforme. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 457.) — Müller et Grube. Savons au thiol. (*Ibid.*, XXIII, p. 319.) — Berens. Remarques sur l'usage clinique du chloro-phénol. (*J. Americ. med. Ass.*, 3 oct.) — Von Mering. Le trional est-il un hypnotique recommandable, mérite-t-il d'être préféré au sulfonal? (*J. de neurol.*, 5 nov.) — Bousquet. Le salophène. (*Presse méd.*, 14 nov.) — Arnheim. Sanoforme succédané de l'iodoforme. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 37.) — Romeyer et Testevin. Sur un mode pratique d'administration de la créosote. (*Dauphiné méd.*, sept.) — Klimenko. Le dermatol comme antidiarrhéique. (*Vratch*, 10 oct.) — Sterling. Des contre-indications à l'emploi des bromures. (*Ther. Mon.*, sept.) — Cassine. De l'emploi du vésicatoire cantharidé. (*Abeille méd.*, 24 oct.)

Thorax. — Gaston. Méthode d'exploration de la cavité thoracique. (*Med. News*, 7 nov.) — Liebig. La force d'aspiration et d'expression du thorax dans la chambre pneumatique. (*Münch. med. Woch.*, 31 mars.) — Thiele. Tumeur du médiastin. (*Berl. klin. Woch.*, 25 nov. 1895.) — Kohn. Diagnostic des tumeurs du médiastin. (*Ibid.*) — Schwalbe. Tumeur du médiastin. (*Ibid.*, 20 janv.) — Solberg. Sur l'emploi d'un bandage adhésif contre le point de côté. (*Norsk Mag.*, juin.) — Terrier. Thoracoplastie. (*Progrès méd.*, 26 sept.) — Bryant. Technique chirurgicale de la pénétration dans le médiastin postérieur. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XIII, p. 443.)

Thrombose. — Unruh. Thrombose de la veine cave inférieure, suite d'endothéliome de la paroi chez un enfant d'un an, diagnostiquée pendant la vie. (*Deut. med. Woch.*, 12 nov.) — Haushalter. Un cas de thrombose latente de la veine cave inférieure et des veines fémorales. (*Rev. méd. de l'Est*) 15 mars.) — Bell. Thrombose de l'aorte abdominale. (*Brit. med. j.*, oct.)

Thymus. — Abelous et Billard. Sur les fonctions du thymus chez la grenouille. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 898.) — Clark. Absence du thymus chez un enfant. (*Lancet*, 17 oct.) — Koeppe. Mort subite d'un enfant bien portant par hyperplasie du thymus. (*Münch. med. Woch.*, p. 909, 29 sept.) — Paviot et Gerest. Epithélioma primitif du thymus, valeur des corps concentriques pour le diagnostic histologique. (*Arch. de path. exp.*, VIII, p. 606.)

Thyroïde. — Van den Corput. La glande thyroïde et le suc thyroïdien. (14 p. *Bruxelles.*) — Verdun. Sur les glandules satellites de la thyroïde du chat et les kystes qui en dérivent. (*Soc. de biol.*, 7 nov.) — Galeotti. Etude de la sécrétion des cellules épithéliales du corps thyroïde. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 305.) — Baumann. Des combinaisons iodées de la glande thyroïde. (*Münch. med. Woch.*, 28 avril.) — Ewald. Etiologie de la strumite. (*Ibid.*, p. 634, 7 juil.) — Heddaeus. Un cas de strumite aiguë par diplocoque de Fräenkel-Weichselbaum, avec pneumonie métastatique secondaire. (*Ibid.*, 26 mai.) — Franck. Un cas de goitre gazeux. (*Ibid.*, 19 mai.) Marton. Causes et traitement de la dyspnée soudaine dans le goitre. (*Bristol med. chir. journ.*, sept.) — Lustig. De l'étiologie du goitre endémique. (*Settim. med.*, 9 mai.) — Rolleston. Tuberculose de la thyroïde, avec abcès ouvert dans l'œsophage. (*London pathol. Soc.*, 3 nov.) — Bouchereau. Note sur la médication thyroïdienne. (*Centre méd.*, 1er nov.) — Slosse. Le corps thyroïde et la médication thyroïdienne. (*Journ. méd. Bruxelles*, 10 sept.) — Hugounenq. La thyroïodine et le goitre. (*Lyon méd.*, 4 oct.) — Notkin. Action de la thyroïodine dans la cachexie strumiprive. (*Wiener klin. Woch.*, 22 oct.) — Perry. Etude du sang au cours de la médication thyroïdienne de la démence. (*Med. Record*, 29 août.) — Van den Corput. Emploi thérapeutique de la glande thyroïde. (*J. des Praticiens*, 17 oct.) — Lamari. Un cas de goitre traité par les tablettes de substance thyroïde. (*Riv. clin. e terap.*, mai.) — Buscalossi. La thyroïdothérapie dans le goitre, à propos de deux cas guéris par l'injection de corps thyroïde frais de veau. (*Settim. med.*, 18 juil.) — Dobrowsky. Emploi de la thyroïoidine dans la pratique infantile. (*Arch. f. Kind.*, XXI, 1.) — Soate. Thyroïdectomie par la méthode de Bottini. (*Riforma med.*, 31 août.) — Adenot. Libération congétudinale de la trachée comme traitement palliatif dans le cancer du corps thyroïde. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Tailhefer. Thyroïdite chronique. (*Ibid.*) — Hoesslin. Nouveautés sur la maladie de Basedow. (*Münch. med. Woch.*, 14 janv.) — Discussion à la *Brit. Assoc.* sur la pathologie du goitre exophtalmique. (*Brit. med. j.*, 3 oct.) — Sottas. Note sur le goitre exophtalmique familial. (*France méd.*, 14 août.) — Abadie. Nature et traitement du goitre exophtalmique. (*La clin. opht.*, oct.) — Williamsom. Pronostic dans le goitre exophtalmique. (*Brit. med. j.*, 7 nov.) — Owen. Traitement du goitre exophtalmique par l'injection de thymus. (*Ibid.*, 10 oct.) — Thomson. Pathologie et traitement du goitre exophtalmique. (*N. York med. j.*, 10 oct.) — Whitefoot. Goitre exophtalmique traité par la thyroïdine. (*Med. News*, 3 oct.) — Abadie, Jonnesco. Section du sympathique cervical dans les formes graves de goitre exophtalmique. (10e *Cong. franç. de chir.*)

Torticolis. — Rader. Du torticolis musculaire. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 207.) — De Quervain. Le traitement chirurgical du torticolis spasmodique d'après la méthode de Kocher. (*Semaine méd.*, 14 oct.)

Trachée. — Guieysse. Muscle trachéal et muscles de Reisseissen. (*Soc. de biol.*, 7 nov.) — Thébault. Sur les nerfs sécréteurs de la trachée. (*Acad. des sc.*, 31 août.) — Cameron. Quels sont les éléments de succès ou d'insuccès dans la trachéotomie chez les enfants. (*Brit. med. j.*, 12 sept.) — Havell. Pulvérisation d'ipéca après la trachéotomie. (*Ibid.*, 10 oct.) — Dobson. Les vapeurs de solution d'ipéca après la trachéotomie. (*Ibid.*, 14 nov.) — Roe. Rétrécissement de la portion supérieure de la trachée traité avec succès par la divulsion à travers le larynx. (*J. Americ. med. Ass.*, 3 oct.)

Tremblement. — Pic. Sur un tremblement combiné au rythme respiratoire

de Cheyne Stokes. (*Bull. méd.*, 16 sept.) — Jannoni. Un cas de tremblement par auto-intoxication gastrique. (*Riv. clin. e therap.*, juin.) — Liégeois. Des médications utiles dans les tremblements. (*J. des Praticiens*, 29 août.)

Tuberculose. — Scherman. Méthode de démonstration du bacille tuberculeux. (*Occident. med. Times*, oct.) — Coppen-Jones. De la nomenclature du bacille tuberculeux. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 393.) — Sciolla. Toxines de la tuberculose. (*Semaine méd.*, 31 oct.) — Sciolla. Ttuberculose expérimentale. (*Ibid.*) — Grancher et Thoinot. Rapport général au nom de la commission de la tuberculose à l'Assistance publique de Paris. (*Bull. méd.*, 15 nov.) — Wolff. Sur l'hérédité de la tuberculose. (*Münch. med. Woch.*, p. 941, 6 oct.) — Goldschmidt et Luxenberger. La mortalité et la morbidité tuberculeuse à Munich. (*Ibid.*, p. 820, 1er sept.) — Plicque. Les influences individuelles et les formes de la phtisie pulmonaire aiguë. (*Presse med.*, 23 sept.) — Detwiler. Les dangers de l'infection tuberculeuse par le lait de vache, prophylaxie. (*Ther. Gaz.*, 15 oct.) — Séailles. La tuberculose pulmonaire au bureau de bienfaisance. (*Méd. mod.*, 23 mai.) — Arbo. Sur les causes et la fréquence de la tuberculose dans la préfecture de Lister-Mandal (Norvège). (*Norsk. Magaz.*, juil.) — Jacquinet. Un cas d'hérédité tuberculeuse. (*Union méd. Nord-Est*, 15 sept.) — Launois. La contagion de la tuberculose. (*Rev. gén. int. scient.*, mai.) — Plicque. Les formes de la phtisie pulmonaire aiguë. (*Presse méd.*, 16 sept.) — Discussion à la Brit. Assoc. sur la tuberculose, prophylaxie et traitement. (*Brit. med. j.*, 10 oct.) — Muir. De la pseudo-tuberculose. (*Ibid.*, 10 oct.) — Vintras. 10 cas de phtisie. (*Lancet*, 28 sept.) — Bulling. Tuberculose pulmonaire spontanée chez une chèvre. (*Münch. med. Woch.*, 10 mai.) — Sigg. Etude de la tuberculose miliaire aiguë, remarques sur la méningite tuberculeuse. (*Mitth. klin. und med. Inst. Schweiz*, IV, 4.) — Seitz. Tuberculose miliaire de la bouche. (*Schweiz. Viertelj. f. Zahnh.*, sept.) — Fraenkel. Sur les localisations rares de la tuberculose (tuberculose nodulaire disséminée de l'œsophage; tuberculose papillaire du cou). (*Münch. med. Woch.*, 14 janv.) — Lilienthal. Tuberculose cutanée rebelle, traitée par le nosophène. (*N. Nork Acad. of med.*, 12 oct.) — Coppez. Un cas de tuberculose cutanée et oculaire sans manifestations viscérales. (*Rev. gén. d'opht.*, XV, p. 433.) — Bozzi. Deux cas rares de bursite trochantérienne tuberculeuse. (*Ziegler's Beit. z. path. Anat.*, XIX, p. 443.) — Spengler. De la tuberculose du pied. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 1.) — Boisseau du Rocher. Du traitement des tuberculoses osseuses et de l'ostéomyélite chronique par le brome et ses dérivés obtenus par voie d'électrolyse. (*Arch. de méd.*, sept.) — Petit. La lutte contre la tuberculose d'origine hospitalière. (*Rev. de la tub.*, juil.) — Granjux. La tuberculose dans l'armée. (*Ibid.*) — Blaise. Prophylaxie de la tuberculose. (*Bull. méd. Algérie*, 10 oct.) — Niven. Prophylaxie de la tuberculose. (*Med. Chronicle*, oct.) — Moore. Prophylaxie et traitement de la tuberculose. (*Dublin journ.*, oct.) — Muselier. Le traitement de la tuberculose. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 août.) — Paquin. Traitement moderne de la tuberculose, médication spécifique et organique. (*N. York med. j.*, 24 oct.) — Hodge. Traitement de la phtisie. (*Americ. med. Bull.*, 19 sept.) — Mitchell. Traitement de la tuberculose. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 15 août.) — Jenkins. L'Etat doit-il créer des hôpitaux pour les tuberculeux pauvres. (*Ibid.*, 29 août.) — Knopff. La phtisiothérapie et les sanatoria. (*Presse méd.*, 14 oct.) — Rosenberger. Erection de sanatoria pour le traitement des maladies pulmonaires de toute sorte. (*Münch. med. Woch.*, 18 fév.) — Reneff. Sur la valeur des sanatoria pour la prophylaxie et le traitement de la phtisie pulmonaire. (*Thèse*

de St-Pétersbourg.) — Bernheim. Les sanatoria pour tuberculeux. (*L'Indép. méd.*, 30 sept.) — Morkotoun. Importance prophylactique et curative du changement de climat dans le traitement de la phtisie pulmonaire. (*Vratch*, 17 oct.) — Playter. L'air froid dans le traitement de la phtisie. (*Americ. med. Bull.*, 17 oct.) — Place. Le traitement non alcoolique de la consomption. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 29 août.) — Mays. L'action de la strychnine sur la consomption pulmonaire dans ses relations avec l'origine neurotique de la maladie. (*Ibid.*, 10 oct.) — Scarpa. Du traitement local, injections intra pulmonaires de la tuberculose pulmonaire. (*Semaine méd.*, 31 oct.) — Tronchet. Badigeonnages de gaïacol dans la granulie. (*Poitou méd.*, 1er sept.) — Guérin. Des badigeonnages de gaïacol dans le traitement de la tuberculose. (*Thèse de Montpellier.*) — Seifert. L'administration interne du gaïacol et de la créosote dans la tuberculose pulmonaire. (*Lancet*, 14 nov.) — Carasso. Du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'essence de menthe. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 508.) — Thompson. Traitement de la tuberculose par l'essence de cannelle. (*Brit. med. j.*, 7 nov.) — De Coster. Du sérum et des inhalations d'aldéhyde formique dans la tuberculose pulmonaire. (*Presse méd. belge*, 13 sept.) — Boulengier. Traitement créosoté de la tuberculose. (*Ibid.*, 25 oct.) — Luton. Tuberculeux traités par l'acétate de cuivre. (*Union méd. Nord-Est*, 30 oct.) — Deguy. L'acide gallique dans les hémoptysies des tuberculeux. (*Journ. des Praticiens*, 12 sept.) — Viquerat. La préparation de l'antituberculine. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 674.) — Combemale et Raviart. Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine. Etats généraux et éruptions que comporte parfois la réaction. (*Bull. méd. Nord*, 11 sept.) — Sandberg. Emploi de la tuberculine pour le diagnostic chirurgical. (*Brit. med. j.*, 17 oct.) — Maragliano. Tuberculose latente et tuberculose larvée ; emploi diagnostique de la tuberculine chez l'homme. (*Berl. klin. Woch.*, 18 mai.) — Blaise. Immunisation et sérothérapie dans la tuberculose. (*Gaz. hebd. Paris*, 24 mai.) — Maragliano. Le sérum antituberculeux et son antitoxine. (*Rev. de la tub.*, juil.) — Maragliano. De la sérothérapie dans la tuberculose. (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 sept.) — Regnier. Essai de sérothérapie de la phtisie pulmonaire. (*Progrès méd.*, 10 oct.) — Worcester. Traitement de la tuberculose avec la tuberculine et ses dérivés. (*Boston med. Journ.*, 20 août.) — Hayden. L'emploi du sérum antituberculeux. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 mai.) — Paquin. Expérience de quelques médecins avec la sérothérapie de la tuberculose. (*Ibid.*, 16 août.) — Pietro. Quelques signes observés dans la sérothérapie de la tuberculose. (*Riv. venet. sc. med.*, 31 oct.)

Tumeur. — Féré. La parenté morbide des tumeurs. (*Journ. des connais. méd.*, 29 oct.) — Eyre. L'auteur de la théorie embryonnaire des tumeurs. (*Brit. med. j.*, 14 nov.)

Typhoïde. — Silvestrini. Recherche clinique du bacille typhique. (*Settim. med.*, 1er fév.) — Courmont. Recherche du bacille d'Eberth dans les selles par le procédé d'Elsner. (*Prov. méd.*, 12 sept.) — Lemoine. Présence du bacille d'Eberth dans les selles d'un homme atteint de tuberculose aiguë, séro-diagnostic négatif. (*Soc. méd. des hôp.*, 31 juil.) — Lemoine. Séro-diagnostic dans les fièvres typhoïdes légères abortives et les embarras gastriques fébriles. (*Ibid.*, 31 juil.) — Nicolle et Halipré. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Normandie méd.*, 15 août.) — Auché et Boucaud. Note sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 août.) — Etienne. Absence de la réaction agglutinante par le sang d'un fœtus issu d'une mère morte de fièvre typhoïde hypertoxique. (*Presse méd.*, 12 sept.)

— Haushalter. Séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, 30 sept.) — Thoelen et Mills. Nouvelles applications de la méthode de séro-diagnostic de Widal. (*Clin. belge*, 3 sept.) — Delépine. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Path. soc. Manchester*, 14 oct.) — Villier et Battle. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Presse méd.*, 14 oct.) — W. Johnston. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*N. York med. j.*, 31 oct.) — Bebi. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Gaz. d. Osped.*, XVII, 113.) — Ramond. Nouveau milieu pouvant servir à différencier le bacille d'Eberth du bacterium coli. (*Soc. de biol.*, 7 nov.) — Widal. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Lancet*, 14 nov.) — Dumas. Séro-diagnostic de Widal dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Paris.*) — Robin. Du chimisme respiratoire à l'état normal et dans la fièvre typhoïde. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 oct.) — Chantemesse. Sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. (*Soc. méd. des hôp.*, 31 juil.) — Hauser. Etude étiologique de la fièvre typhoïde. (*Thèse de Paris.*) — Hocquart. Etiologie de la fièvre typhoïde qui a sévi à Paris en février-mars 1894. (*Arch. de méd. mil.*, oct.) — Zilgien. Histoire d'une épidémie de fièvre typhoïde dans une maison située à Malzeville. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 fév.) — Vogl. De la production de l'épidémie typhique dans la garnison de Passau, pendant l'été de 1895. (*Münch. med. Woch.*, 21 janv.) — Bernheim. Evolution de la fièvre typhoïde. (*Bull. méd.*, 13 sept.) — Mori. Etiologie des complications de la fièvre typhoïde. (*Riforma med.*, 15 oct.) — Herrick. Fièvre typhoïde compliquée de grossesse extra-utérine. (*Med. News*, 17 oct.) — Duclos. Des accidents cérébro-spinaux soudains et imprévus dans le cours de fièvres typhoïdes bénignes. (*Journ. des Praticiens*, 29 août.) — Amitrano. Erythème scarlatiniforme récidivant accompagné de phénomènes méningitiques survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. (*Riforma med.*, 25 juin.) — Cotsaftis. Fréquence du pouls et sa valeur pronostique dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Montpellier.*) — Plicque. Le cœur dans la fièvre typhoïde. (*Presse méd.*, 15 nov.) — Di Casapulla. Hémoptysie dans la fièvre typhoïde. (*Gaz. d. Osped.*, 25 oct.) — Douart. Hépatite suppurée, au cours d'une fièvre typhoïde, guérison spontanée. (*Arch. de méd. mil.*, oct.) — Cholzow. Péritonite par perforation dans la fièvre typhoïde traitée par la laparotomie. (*Ann. de chir. russe*, 2.) — Tordeus. Fièvre typhoïde, péritonite par perforation. (*Journ. de clin. inf.*, 5 nov.) — Catrin. Abcès et phlegmons post-typhoïdiques. (*Gaz. hebd. Paris*, 15 oct.) — Sudeck. De la suppuration post-typhique d'un kyste ovarique. Contribution à la question de l'action pyogène du bacille typhique. (*Münch. med. Woch.*, 26 mai.) — Bucalossi. Suppurations multiples dans le cours et à la suite de la fièvre typhoïde, causées par le bacille d'Eberth. (*Settim. med.*, 21 mars.) — Vallin. Des ostéites post-typhiques. (*Journ. sc. méd. Lille*, 10 oct. et *Abeille méd.*, 24 oct.) — Eshner. Du traitement de la fièvre typhoïde. (*Med. News*, 19 sept.) — Thistle. La théorie du traitement éliminatoire de la typhoïde. (*Med. Record*, 17 oct.) — Skinner. Traitement pratique de la fièvre typhoïde. (*N. York med. j.*, 24 oct.) — Garber. Le traitement alcoolique ou non alcoolique de la typhoïde. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 sept.) — Duchenne. Traitement de la fièvre typhoïde par la balnéation interne. (*Soc. de thér.*, 14 oct.)

Typhus. — Levaschew. Les microorganismes du typhus exanthématique et leur rôle étiologique. (*Arch. sc. biol. St.-Pétersbourg*, IV, p. 315.) — Spillmann. Urologie du typhus exanthématique. (*Bull. méd.*, 2 sept.) — Garnier-Dupré. De la contagion dans le typhus exanthématique. (*Thèse de Toulouse.*) — Matignon. Le typhus des Européens à Pékin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 11 oct.) — Cabanes. Sur quelques cas de collapsus observés dans le cours du typhus exanthématique en 1895-96 à l'ambulance d'El-Kabsar et à l'ambulance d'Alger. (*Thèse de Montpellier.*)

U

Ulcère. — Fradet et Legrain. Sur l'ulcère de Madagascar. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1088.) — Legrain. Note sur le clou de Biskra, sa distribution géographique dans le Sahara. (*Ibid.*, p. 1091.) — Irvine. La ligature des veines dans l'ulcère variqueux. (*Edinburgh med. journ.*, sept.) — Amat. Traitement des ulcères variqueux (*Bull. gén. de thérap.*, 15 oct.)

Urée, urémie. — Hofmeister. Sur la formation de l'urée par oxydation. (*Arch. f. exper. Path.*, XXXVII, p. 426.) — Acquisito et Pusateri. Anatomie pathologique des éléments nerveux dans l'urémie aiguë expérimentale. (*Riv. di patol. nerv.*, I, p. 377.) — Lop. Aphasie avec amnésie urémiques. (*Marseille méd.*, 15 juin.) — Aitken. Maladie de Raynaud associée à l'urémie. (*Lancet*, 26 sept.) — Grandin. La valeur des irrigations intestinales d'eau salée chaude dans les cas d'urémie (*Americ. med. Bull.*, 26 sept.)

Urètre. — Vigneron. De l'intervention chirurgicale au cours des urétrites purulentes. (*Ann. mal. org. urin.*, nov.) — Rille. Bartholinite et bubons. (*Arch. f. Derm.*, XXXVI, p. 381.) — Guépin. De la présence des spermatozoïdes dans certains écoulements urétraux chroniques. (*Tribune méd.*, 23 sept.) — Pousson. Sur quelques cas d'urétrorragie. (*J. méd. Bordeaux*, 26 avril.) — Guiard. Substitution de la seringue aux appareils à pression pour les grands lavages urétro-vésicaux. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, sept.) — Trékaki et v. Eichstorff. Une nouvelle origine des fistules urétrales. (*Ibid.*, sept.) — Kouchew. Un cas de prolapsus de la muqueuse urétrale. (*Vratch*, 22 août.) — Gates. Un cas de rupture de l'urètre. (*Med. Record*, 17 oct.) — Chevassu. Rupture traumatique de l'urètre, suture, réunion avec conservation du calibre normal du canal. (*Arch. de méd. mil.*, sept.) — Loumeau. Rétrécissement congénital et calcul de l'urètre. (*Ann. policl. Bordeaux*, sept.) — Colldecarrera. Les rétrécissements larges de l'urètre. (*Thèse de Montpellier.*) — Zeissl. Sur l'occlusion de la vessie et sur les rétrécissements de l'urètre postérieur. (*Wiener med. Presse*, 24 mai.) — D'Haenens. L'électrolyse dans la cure des rétrécissements. (*La Policl. Bruxelles*, 1er sept.) — Lieblein. Des calculs et des diverticules de l'urètre. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 140.) — Davis. Occlusion congénitale de l'urètre. (*Med. Record*, 5 sept.) — Binaud et Chavannaz. Polype de l'urètre chez une femme de 23 ans. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 30 août.) — Reboul. Végétations polypoïdes de l'urètre chez la femme. (*Assoc. franç. des urol.*, 23 oct.) — Reed. Mélano-sarcome de l'urètre chez la femme, urétrectomie, guérison. (*Med. News*, 24 oct., p. 481.)

Urinaires (Voies). — Nicolaysen. De la bactériurie comme cause d'incontinence d'urine. (*Norsk Mag. f. Lœgevid.*, oct.) — Delbet. De l'incontinence partielle d'urine chez la femme et son traitement. (*Journ. des Praticiens*, 18 avril, et *Arch. de gyn.*, juill.) — Fest. Opération contre l'incontinence d'urine. (*Mon. f. Geburt.*, oct.) — Legueu. Valeur comparative de la ponction et de l'incision sus-pubienne dans la rétention aiguë d'urine. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, nov.) — Posner et Lewin. Recherches sur l'infection

urinaire. (*Cent. f. Krank. d. Harn. u. Sexualorg.*, 3.) — ALBARRAN et MOSNY. Sérothérapie de l'infection urinaire. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, oct.)

Urine. — FIGUEIRA. Urologie clinique de l'enfance et de l'adolescence. (*Lancet*, 12 sept.) — RIAZANTSEFF. Le travail de la digestion et l'excrétion d'azote dans les urines. (*Arch. de biol. St-Pétesb.*, IV, p. 393.) — BUTTE. Elimination de l'urée par l'urine avant et après l'accouchement. (*Bull. méd.*, 2 sept.) — CASCIANI. Influence de l'alimentation et du travail sur la toxicité de l'urine humaine. (*Riforma med.*, 26 juin.) — ROBIN et DEROME. Pepsinurie normale et pepsinurie pathologique. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 juill.) — KESS. Relations de l'albumine et de la paranucléine des aliments avec l'excrétion des corps alloxuriques. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 425, 11 mai.) — LAQUER. Des corps alloxuriques des urines chez les gens sains et les malades. (*Ibid.*) — RIEGLER. Méthode d'analyse quantitative du sucre et de l'acide urique par la mensuration des gaz. (*Wiener med. Blätter*, 29. — PEYTOUREAU. Recherche et dosage du sucre dans l'urine. (*Ann. policl. Bordeaux*, sept.) — WASSILIEFF. Valeur comparée des procédés de dosage du sucre dans l'urine. (*St-Petersb. med. Woch.*, 26 sept.) — MC DONALD. Recherche des faibles quantités de sucre dans l'urine. (*Lancet*, 15 sept.) — W. CAMERER. Acide urique, bases xanthiques et acide phosphorique dans l'urine humaine. (*Zeits. f. Biol.*, XXXIII, p. 139.) — LAVAL. Sur l'influence de la menstruation sur l'excrétion de l'acide urique. (*Bull. méd.*, 2 sept.) LAVAL. Sur les lieux de formation de l'acide urique dans l'organisme. (*Ibid.*, 2 sept.) — GOODBODY. Action de la lysidine et de la pipérazine comme dissolvant de l'acide urique. (*Brit. med. j.*, 3 oct.) — HAIG. Effets du régime sur l'excrétion d'acide urique. (*Ibid.*, 3 oct.) — MATHEWS. L'origine de l'acide urique dans l'organisme. (*N. York med. j.*, 31 oct.) — CARILLON. De l'acidité urinaire. (*Abeille méd.*, 10 oct.) — ARISTOW. Sur l'oxalurie. (*Supp. méd. du Recueil nav. russe.*) — COTTON. Nouvelle matière colorable de l'urine, son réactif. (*Lyon méd.*, 6 sept.) — HARLEY. Formation de l'urobiline. (*Brit. med. j.*, 3 oct.) — MYA. Sur la question de l'urobilinurie. (*Sperimentale*, L, p. 71.) — RIVA. Pathogénie de l'urobilinurie, note critique. (*Ibid.*, L, p. 1.) — GIARRE. Sur la pathogénie de l'urobilinurie. (*Ibid.*, L, p. 81.) — MORDHORST. Des conditions qui favorisent la production des sédiments uratiques. (*Münch. med. Woch.*, 17 mars.) — HERTOGHE et MASOIN. Sur la toxicité urinaire dans le myxœdème. (*Rev. neurol.*, 30 août.)

Utérus. — NOLF. Etude des modifications de la muqueuse utérine pendant la gestation chez le murin. (*Arch. de biol.*, XIV, p. 561.) — DE VILLIERS et THÉRÈSE. Altérations épithéliales du col utérin. (*Cong. de gyn. Semaine méd.*, 9 sept.) — LOGREL. Hystéroscopie, instrumentation, manuel, résultats. (*Thèse de Paris.*) — CHASSY. Utérus bifide. (*Marseille méd.*, 1er août.) — EDGE. Un cas d'utérus bicorne. (*Brit. med. j.*, 31 oct.) — LEECH. Absence complète de l'utérus et du vagin. (*Ibid.*, 10 oct.) — RICHARD. Des métrites séniles. (*Thèse de Paris.*) — BROTHERS. Endométrite septique guérie après une température de 43°. (*Americ. med. Bull.*, 10 oct.) — GOELET. Endométrite et vaginite séniles. (*Med. Record*, 17 oct.) — BRETTAUER. Endométrite chronique. (*Ibid.*, 17 oct.) — CHINI. Sur l'insuffisance du périnée dans certaines métrites et annexites. (*Thèse de Montpellier.*) — BULIUS. De l'endométrite caduque polypeuse et tubéreuse. (*Munch. med. Woch.*, 9 juin.) — MOND. Du traitement de la dysménorrée et de l'aménorrée naturelle ou post-opératoire par les conserves d'ovaires (ovariine de Merck). (*Ibid.*, 7 avril.) — E. FRAENKEL. De la tuberculose utérine. (*Jahrb. Hamburg.*

Staatskrank., IV.) — Le Griz. Le granulophore intra-utérin pour le traitement local des endométrites. (*Cong. Assoc. franç. Tunis.*) — Hofmeier. Traitement intra-utérin. (*Mon. f. Geburts.*, oct.) — Playfair. Les méthodes modernes du traitement intra-utérin. (*Practitioner*, sept.) — Gordon. Un pessaire aseptique. (*Americ. med. Bull.*, 22 août,) — Maurange. Le curetage de l'utérus. (*Presse méd.*, 17 sept.) — Canu. Résultats éloignés du traitement de l'endométrite cervicale par l'opération de Schrœder. (*Thèse de Toulouse.*) — Martin. De l'hématométrie et de la pyométrie. (*Brit. med. j.*, 31 oct.) — Pilliet. Sur quelques débris embryonnaires siégeant dans les annexes utérines. (*Soc. anat. Paris*, 24 juill.) — Cerné. Hématocèle rétro-utérine ; incision vaginale. Péritonite mortelle ; action des injections hypodermiques de sérum artificiel. (*Normandie méd.*, 1er mars.) — Jakubowski. Sur le traitement des hématomes rétro-utérins. (*Vratch*, 12 sept.) — Thorn. Hématosalpinx. (*Cent. f. Gyn.*, 24 oct.) — Schramm. Un nouveau cas d'hématome du ligament rond. (*Cent. f. Gyn.*, 7 nov.) — Hansemann. Pyomètre de la grosseur d'une tête d'enfant par occlusion cancéreuse du col (sans détails). (*Berl. klin. Woch.*, p. 403, 4 mai.) — Pryor. Comment peut-on prévenir le mieux la suppuration dans les inflammations pelviennes ? (*Med. News*, 5 sept.) — Bliesener. De l'opération radicale des annexes enflammées. (In-8°, 57 p., *Berlin.*) — Montgomery. Traitement des inflammations pelviennes par l'incision vaginale. (*Ther. Gaz.*, 15 oct.) — Delagenière. Indications de la castration abdominale totale dans le traitement de certains cas de suppurations pelviennes. (*Ann. de Gyn.*, sept.) — Hartmann. Traitement des inflammations des annexes et du péritoine pelviens. (*Ibid.*) — Laroyenne. Du traitement des collections pelviennes par un large débridement vaginal. (*Ibid.*) — Reynier, Richelot. Traitement des suppurations pelviennes. (*Ibid.*). — Dunning. L'hystérectomie doit-elle être pratiquée dans les inflammations pelviennes ? (*Amer. j. of obst.*, oct.) — Dunn. Hystérectomie vaginale avec clamp. (*Ibid.*) — D'Aulnay. Le drainage utérin. (*J. de méd. Paris*, 27 sept.) — Wiesinger. Technique des méthodes sacrées et parasacrées. (*Jahrb. Hamburg. Staatskrank.*, IV.) — Goullioud. Hystérectomie abdominale totale. (*Lyon méd.*, 30 août.) — Wathen. Hystérectomie vaginale. (*Amer. j.*, *of obst.*, sept.) — Schuchardt. Remarques sur l'opération paravaginale. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 473.) — Faure. Nouveau procédé d'hystérectomie vaginale, segmentation transversale de l'utérus et des ligaments larges. (*Presse méd.*, 24 oct.) — Shoemaker. 3 méthodes d'hystérectomie suivant les indications. (*Ther. Gaz.*, 15 oct.) — Lejars. Sur une simplification de l'amputation haute du col. (*Semaine gyn.*, 7 juill.) — Falk. Technique des opérations par la voie vaginale. (*Ther. Mon.*, oct.) — Secheyron. Les points en litige dans l'histoire de la castration vaginale totale. (*Arch. méd. Toulouse*, 10 oct.) — Zweifel. Du traitement par les pinces dans l'extirpation totale vaginale de l'utérus. (*Cent. f. Gyn.*, 19 sept.) — Helme. Technique de l'extirpation vaginale totale, 10 cas. (*Brit. med. j.*, 31 oct.) — Lawrie. 6 cas d'extirpation totale de l'utérus. (*Ibid.*, 31 oct.) — L. Desguin. Fermeture de la voûte vaginale après hystérectomie par les voies naturelles. (*Ann. Soc. belge chir.*, 1er août.) — Jacobs. Modifications à la technique opératoire de l'hystérectomie vaginale. (*Ibid.*, 1er août.) — Rouffart. Fermeture du péritoine pelvien après l'hystérectomie. (*Ibid.*, 1er août.) — Perkins. 3 cas d'hystérectomie. (*Med. News*, 10 oct.) — Schramm. 33 extirpations vaginales de l'utérus. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 355.) — Moller. Hypertrophie primitive de la portion sous-vaginale de l'utérus. (*Finska läkar. handl.*, août.) — Lindley. Inversion aiguë de l'utérus. (*Med. Record*, 5 sept.) — Zamazal. Déviation latérale avec élévation de l'utérus après l'accouchement. (*Wiener med. Blätter*, 33.) — Monod. Massage et

troubles urinaires liés aux déviations utérines. (*Ann. policl. Bordeaux*, nov.) — Theilhaber. Quels sont les symptômes des flexions et versions de l'utérus ? (*Münch. med. Woch.*, p. 517 et 545, 2 et 9 juin.) — Edebohls. Le raccourcissement des ligaments ronds, technique et résultats. (*Ann. of Gyn.*, oct.) — Smith. Procédé nouveau pour l'opération d'Alexander. (*Med. News*, 19 sept.) — Gardini. Le traitement chirurgical du prolapsus utérin. (*Riforma med.*, 17 août.) — Pecker. Quelques considérations sur les antédéviations utérines. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 708.) — Robb. Causes des déplacements de l'utérus en arrière. (*Columbus med. j.*, 29 sept.) — Byford. Section vaginale pour la rétroversion utérine. (*Med. News*, 31 oct.) — Robb. Causes et mécanisme des rétroflexions et rétroversions utérines. (*Cleveland med. Gaz.*, juill.) — Hosmer. La méthode de Wertheim dans le traitement des rétrodéviations de l'utérus par le vagin. (*J. Amer. med. Ass.*, 12 sept.) — Goelet. Un cas de suspension de l'utérus pour rétroversion ; mise en garde contre les opérations vaginales dans cette infirmité. (*Americ. med. Bull.*, 29 août.) — Goelet. Traitement des rétrodéviations de l'utérus. (*Med. Record*, 29 août.) — Flatau. De la rétroflexion utérine et son traitement (*Med. Bibl. f. prakt. Aerzte*, 47.) — Petit. Traitement des rétrodéviations utérines. (*Gaz. méd. Paris*, 12 sept.) — Doleris. Traitement de la rétrodéviation utérine. (*Presse méd.*, 3 oct., et *Ann. de gyn.*, oct.) — Schwartz. Résultats de 46 opérations d'hystéropexie abdominale contre les rétrodéviations utérines. (*J. des Praticiens*, 19 sept.) — Péan. Traitement chirurgical des rétrodéviations utérines. (*Ibid.*, 26 sept.) — Flaischlen. Le traitement des rétroflexions. (*Samml. Abhandl. aus. d. Gebiete d. Frauenheilk.*, I, 3.) — Buschbeck. Du traitement chirurgical de la rétroflexion utérine. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 453.) — Bauby. Sur un cas de fibrome utérin. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er nov.) — Pilliet. Fibrome kystique de l'utérus. (*Soc. anat. Paris*, 24 juill.) — Mermet. Fibromyome utérin sous-péritonéal télangiectasique, hydrosalpinx secondaire et gigantisme annexiel. (*Ibid.*, 19 juill.) — Yamagiva. Un cas de myome utérin pétrifié. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLIV, 1.) — Lion. Un cas de kyste lymphatique du ligament large de l'utérus. (*Ibid.*, CXLIV, 2.) — Wetherill. Oviductes surnuméraires, hydatide type de Morgagni, volumineux fibrome utérin, hystérectomie. (*Amer. j. of obst.*, sept.) — Robinson. Un cas de sac amniotique supplémentaire avec tumeur fibreuse de l'utérus. (*Med. Record*, 5 sept.) — Wood. Fibromes multiples de l'utérus avec hydrosalpinx, hystérectomie par le procédé de Segond. (*N. York med. j.*, 10 oct.) — Texier. Utérus fibromateux, déformation rare de la cavité utérine. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 sept.) — Burt. Fibrome utérin et grossesse. (*Med. Record*, 17 oct.) — Routier. Perforation intestinale par compression due à un fibrome utérin. (*Bull. soc. chir.*, XXII, p. 187.) — Hansemann. Myome du ligament rond dans une inguinocèle. (*Berl. klin. Woch.*, p. 403, 4 mai.) — Tailhefer. Causes des métrorragies dans les fibromes utérins. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er sept.) — Meek. 3 cas de laparotomie pour tumeurs fibro-kystiques de l'utérus ; sarcome de l'ovaire gauche ; volvulus de la courbure splénique du côlon transverse. (*Americ. med. Bull.*, 26 sept.) — Jouin. Du traitement des fibromes utérins par la médication thyroïdienne. (*Cong. Ass. franç. Tunis.*) — Dudley. Traitement chirurgical des fibromyomes utérins. (*J. Americ. med. Ass.*, 15 août.) — Wallace. L'évolution du traitement des fibromes utérins à l'infirmerie de Liverpool. (*Brit. med. j.*, 31 oct.) — Delagenière. Hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes. (*Cong. de gyn., Semaine méd.*, 9 sept.) — Edwards. Hystérectomie totale pour fibromes chez les femmes âgées. (*Amer. j. of obst.*, sept.) — Donald. Hystérectomie intrapéritonéale et hystérectomie par les méthodes combinées pour fibromes utérins. (*Brit. med. j.*, 24 oct.) — Terrier. De l'hystérecto-

mie abdominale totale pour fibromes utérins. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Delbet. De l'ablation abdominale des annexes sans ligature préalable. (*Ibid.*) — Leopold. Traitement des myomes utérins par l'extirpation vaginale totale. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 497.) — Leopold. De l'extirpation vaginale totale de l'utérus et des annexes pour les inflammations chroniques des annexes. (*Ibid.*, p. 523.) — Schick. De la myomotomie avec traitement rétropéritonéal du moignon. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 158.) — Delagenière. Hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes. 3e série de 10 cas. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 653.) — Williams. Origine des tumeurs malignes de tumeurs bénignes de l'utérus. (*Ann. of surg.*, sept.) — Inglis Parsons. Adénome malin de l'utérus. (*Brit. med. j.*, 51 oct.) — Legueu et Marien. Sur une tumeur déciduale de l'utérus. (*Soc. anat. Paris*, 31 juill.) — Morison. Un cas de déciduome malin (*Trans. obst. soc. London*, XXXVIII, p. 130.) — Spencer, Eden. Idem. (*Ibid.*, p. 135, 149 et 171.) — Niebergall. Métastase par inoculation d'un cancer du corps utérin à la paroi vaginale. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 491.) — Clarke. Relations des affections malignes des annexes avec l'invasion primitive de l'utérus. (*Amer. j. of obst.*, oct.) — Albers-Schoenberg. Statistique du cancer utérin, 1199 cas. (*Jahrb. Hamburg. Staatskrank*, IV.) — Demons. Carcinome végétant du corps de l'utérus. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 4 oct.) — Williams. Aspects cliniques du cancer utérin. (*Lancet*, 17 oct.) — Jessett. Diagnostic précoce et traitement des néoplasmes. (*Med. Press and circ.*, 21 oct.) — Duplay. Du traitement palliatif des cancers de l'utérus inopérables. (*Semaine gyn.*, 23 juin.) — Champion. Traitement palliatif du cancer utérin inopérable. (*Thèse de Paris.*) — Lange. Diagnostic et traitement du cancer utérin. (*Samml. Abhandl. aus. d. Gebiete d. Frauenheilk.*, I, 6.) — Chalot. Transplantation systématique des deux uretères et ligature préventive des deux iliaques internes pour l'extirpation large du cancer diffus de l'utérus par l'abdomen. (*Indép. méd.*, 16 sept.) — Patru. Passage d'une sonde de l'utérus dans le rectum. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 204.) — Heinricius. Rupture de l'utérus gravide, amputation sus-vaginale. (*Cent. f. Gyn.*, 10 oct.) — Burger. Un cas de rupture de l'utérus. (*Münch. med. Woch.*, 23 juin.) — Rode. Cas de guérison d'une déchirure de l'utérus. (*Ibid.*, 25 fév.)

Urticaire. — Van der Spek. L'urticaire des enfants. (*J. mal. cut.*, 6.) — Gaucher. De l'urticaire. (*Bull. méd.*, 16 sept.) — Descheemaker. Nouvel exemple d'urticaire antipyrinique. (*Bull. méd. Nord*, 14 août.) — Brocq. Urticaire, prurigo simple et prurigo de Hebra. (*J. des Praticiens*, 22 août.)

V

Vaccine. — Jasiewicz. Résultats des revaccinations dans les écoles communales, influence prophylactique générale de la vaccine. (*Journ. méd. de Paris*, 13 sept.) — Foster. La valeur de la vaccination dans la race humaine d'après l'évidence statistique. (*Journ. Americ med. Ass.*, 26 sept.) — Landmann. Moyen d'obtenir du vaccin animal exempt de microbes. (*Hyg. Runds.*, VI, 10.) — Simpson. Vaccination de génisse en Prusse. (*Brit. med. j.*, 10 oct.) — Vagedes. Les effets favorables de la vaccine contre la variole.

(*Berlin. klin. Woch.*, 11 mai.) — SCHAEFFER. Inflammation phlegmoneuse suppurée, suite de vaccine. (*Journ. of cutan. dis.*, oct.)—P. RAYMOND. Valeur pronostique des cicatrices vaccinales. (*Progrès méd.*, 25 juil.) — BUTTERSACK. L'immunité et la guérison au point de vue physiologique et biologique. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLII, 2.)

Vagin. — PICHEVIN et PETTIT. Leucoplasie vaginale. (*Cong. de gyn.* et *Sem. méd.*, 9 sept.) — DUPRAZ. Reproduction expérimentale de l'emphysème sous-muqueux vaginal. (*Ibid.*, 9 sept.) — BRODIER. Kystes congénitaux du vagin. (*Ibid.*) — TEXIER. Volumineux kyste hématique de la glande vulvo-vaginale (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 sept.) — KLAUTSCH. Hématome post-puerpéral de la vulve et du vagin. (*Münch. med. Woch.*, 8 janv.)—COLONNA. Le carcinome vaginal primitif. (*Gaz. med. Torino*, 22 oct.) — CALZAVARA. Un cas de métastase cancéreuse rétrograde de l'utérus au vagin. (*Gaz. d. Osped.*, 13 sept.) — AHLFELD. Technique des lavages vaginaux. (*Cent. f. Gyn.*, 19 sept.) — PHILLIPS. Colpotomie antérieure. (*Trans. obst. soc. London*, XXXVIII, p. 213.)

Varicelle. — GOODALL et WASHBOURN. Période d'incubation de la varicelle. (*Brit. med. j.*, 19 sept.)

Variole. — COPEMAN. Action de la glycérine sur le développement des bactéries ; le microbe de la variole. (*Brit. med. j.*, p. 951, 3 oct.) — SCHOEN. La variole et la vaccine en Afrique. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 641.) — WILLARD. Notes sur une épidémie de variole à la salle orthopédique de l'hôpital de Pensylvania. (*Ther. Gaz.*, 15 oct.) — SAUSSOL. Prophylaxie de la variole dans les écoles primaires, maternelles et crèches de la commune de Montpellier. (*N. Montpellier méd.*, 5, suppl., 1er sept.) — LEE. Prophylaxie de la variole. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 15 août.) — FURMAN. Arrêt de la variole dans son stade vésiculaire. (*Med. Record*, 5 sept.) — NEWSHOLME, DAVIES, ROSS. Cas de variole récurrente. (*Brit. med. j.*, 10 oct.) — GAMBAROTTO. Phénomènes oculaires dans la variole. (*Ann. di ottalm.*, XXV, p. 312.) — GOUIN. De la variole hémorragique et des prodromes de la variole. (*Thèse de Paris.*)

Veine. — LANCIAL. Phlébite faciale et phlébite ophtalmique guéris par la section hâtive au thermocautère de la veine angulaire et des légions sous-orbitaires. (10e *Cong. franç. de chir.*, p. 309.) — ROCKSTRO. 3 cas de phlegmatia dolens. (*Lancet*, 19 sept.) — BUHL. La question du traitement des varices. (*Thèse de Berlin.*) — SOKOLOW. Ligature de la veine fémorale. (*Med. Obosrenie*, 13.) — TERRIER. Les opérations pratiquées sur les vaisseaux veineux du cou. (*Progrès méd.*, 11 juill.)

Vessie. — BECHTEREW. Sur les centres de la vessie. (*Obozr. psykiatr.*, août.) — KŒNIG. Les nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement des maladies de la vessie. (*Med. Bibl. f. prakt. Aerzte*, 57.) — GARCEAU. Quelques affections de la vessie chez la femme. (*Boston med. journ.*, 10 sept.) — TÉDENAT. Cystite douloureuse. (*N. Montpellier méd.*, 16 mai.) — TÉDENAT. Cystite tuberculeuse. (*Ibid.*, 9 mai.) — FREEMAN. Traitement de l'inflammation chronique de la vessie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 10 oct.) — CAMÉRO. Traitement de la cystite douloureuse par le curetage vésical chez la femme. (*Gaz. hebd. Paris*, 24 sept.) — D'HAENENS. Traitement de la cystite tuberculeuse. (*La policlin. Bruxelles*, 1er nov.) — TUCKER. Valeur de la taille précoce dans la cystite hémorragique aiguë. (*Lancet*, 3 oct.) — MORRIS. Importance de l'examen bimanuel de la vessie pour diagnostiquer l'hématurie

vésicale de l'hématurie rénale. (*Ibid.*, 31 oct.) — Albespy. Anurie guérie par des injections dans la vessie d'une décoction boriquée de feuilles de belladone. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 sept.) — Gigli. Un moyen de faciliter la pénétration de la sonde dans la vessie. (*Settim. med.*, 22 fév.) — Tailhefer. Un nouveau méfait de la ponction hypogastrique. (*Archiv. méd. Toulouse*, 15 oct.) — Portes. De l'innocuité des ponctions capillaires vésicales. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 8 nov.) — Reboul. Végétations polypoïdes de l'urètre et de la vessie chez la femme, ablation par urétrotomie externe et taille hypogastrique, méat hypogastrique temporaire, guérison. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, nov.) — Frœlich. Hernie crurale de la vessie. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 févr.) — Warden. Péritonite traumatique et rupture de la vessie. (*Med. Record*, 10 oct.) — Trosanoff. Traitement de l'exstrophie de la vessie. (*Ann. de chir. russes*, 5.) — Pozzi. Traitement opératoire de l'exstrophie de la vessie. (10e *Cong. franç. de chir.*) — Malherbe. Plaie de la vessie par empalement. (*Ibid.*) — Routier. Traitement des cystites tuberculeuses chez l'homme. (*Ibid.*) — Leech. Inversion complète de la vessie. (*Brit. med. j.*, 17 oct.) — Wood. Calcul vésical, suite de laparotomie pour abcès pelvien. (*N. York med. j.*, 24 oct.) — Donnadieu. Un cas de calculs vésicaux. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 13 sept.) — Garnier. Diathèse calculeuse à répétition pour la vessie, unique pour l'estomac. (*Bull. méd.*, 13 sept.) — Paquet. De la lithotritie. (*Thèse de Paris.*) — Baker. 200 cas de litholapaxie. (*Lancet*, 10 oct.) — Freyer. Les meilleures méthodes d'ablation des volumineux calculs de la vessie. (*Brit. med. j.*, 7 nov.) — Desnos. De la désinsertion des muscles droits dans la taille hypogastrique (*Ann. mal. org. gén. urin.*, nov.) — Audry. Cystotomie sus-pubienne, suture totale. Guérison rapide. (*Gaz. hebd. Paris*, 3 sept.) — Richardson. 2 cas de taille sus-pubienne intrapéritonéale. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XIII, p. 433.) — Legueu. Valeur comparative de la ponction hypogastrique et de l'incision sus-pubienne dans le traitement des rétentions d'urine. (*Assoc. franç. d'urol.*, 23 oct.) — Baumgartner. Opération d'une fistule vésicale, 7 ans après la rupture dans la vessie d'un abcès du ligament large. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 mai.) — Alberti. Cystostomie sus-pubienne de Witzel pour cancer vulvaire ayant détruit l'urètre et une partie de la vessie. (*Ibid.*, p. 403, 4 mai.)

Vomissement. — Yot. Vomissements incoercibles de la grossesse guéris par l'introduction d'une sonde utérine. (*J. des Praticiens*, 14 nov.) — Liégeois. Réflexions sur le traitement du vomissement. (*Ibid.*, 20 juin.) — Fabre. Sur un cas de vomissements incoercibles pendant la grossesse. Accouchement prématuré par le procédé de Krause. (*Marseille méd.*, 1er août.)

X-Z

Xanthome. — Herzfeld. Xanthomes multiples de la peau et de la cavité bucco-pharyngée chez un enfant. (*Berl. klin. Woch.*, 14 oct. 1895.) — Darier. Pseudo-xanthome élastique. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1211.)

Zona. — Mahon. Zona sous le genou, 2 cas. (*Brit. med. j.*, 7 nov.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **Masson et Cie**, boulevard Saint-Germain, 120.

Précis d'histologie, par Mathias Duval, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. (Un volume grand in-8° de xxxi-956 pages, avec 408 fig.) — Prix : 18 francs.

Leçons de pathogénie appliquée (*Clinique médicale*, Hôtel-Dieu, 1895-96), par A. Charrin, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, directeur adjoint du laboratoire de pathologie générale. (Un volume in-8° de xvi-397 pages. — Prix : 6 francs.

Pasteur : Histoire d'un esprit, par Duclaux, membre de l'Institut, directeur de l'Institut Pasteur. (Un volume in-8° de 400 pages.) — Prix : 5 francs.

Précis de médecine légale, par le Dr Henry Coutagne, médecin légiste. (Un volume in-8° de xxii-528 pages, cartonné toile anglaise.) — Prix : 10 francs.

L'oreille : Anatomie, par Pierre Bonnier. (Petit in-8° de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*.) — Prix : broché, 2 fr. 50 ; cartonné, 3 francs.

L'hygiène des goutteux, par A. Proust et A. Mathieu, médecin des hôpitaux de Paris. (Un volume de xxiv-338 pages.)

Librairie **Octave Doin**, 8, place de l'Odéon, Paris.

Toxicologie africaine : Étude botanique, historique, ethnographique, chimique, physiologique, thérapeutique, pharmacologique, posologique, etc. sur les végétaux toxiques et suspects propres au continent africain et aux îles adjacentes, par le Dr A.-T. de Rochebrune, assistant au Muséum, etc. Précédée d'une préface de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, etc. Avec 5,000 figures dans le texte, par M. Charles Richard, préparateur au Muséum. (2e fascicule in-8° de 192 pages avec 91 figures dans le texte.) — Prix : 5 francs.

L'ouvrage sera complet en 18 fascicules formant 3 beaux volumes.

Œuvres complètes du Dr Édouard-Léonard Sperk. — *Syphilis. — Prostitution* (*Études médicales diverses*), avec une préface du Dr Lancereaux, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté. Traduit du russe par les Drs Oelsnitz (de Nice) et de Kervilly (de Paris). (Deux vo-

lumes formant 1,386 pages, avec 33 planches, 2 cartes en couleur, un portrait de l'auteur à l'eau-forte et un tableau hors texte.) — Prix : broché, 20 francs ; cartonné, 24 francs.

Société scientifique et station zoologique d'Arcachon. Travaux des laboratoires recueillis et publiés par MM. les Drs F. Jolyet, directeur des laboratoires de la station zoologique d'Arcachon, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et F. Lalesque, président de la Société scientifique d'Arcachon, lauréat de la Société de biologie de Paris. (Année 1895). (Grand in-8° de 60 pages avec 16 figures dans le texte.) — Prix : 2 francs.

Librairie **J.-B. Baillière** et fils, rue Hautefeuille, 19, Paris.

Traité de médecine et de thérapeutique, par MM. P. Brouardel, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Broussais. 10 volumes in-8° de 800 pages chacun, illustrés de figures. Vient de paraître : Tome III. *Intoxications; affections constitutionnelles; maladies de la peau.* (Un volume grand in-8° de 972 pages.) — Prix : 12 francs.

Cours de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris : La pendaison; la strangulation; la suffocation; la submersion, par le professeur P. Brouardel. (Un volume in-8°, 584 pages, avec 3 planches et 43 figures.) — Prix : 12 francs.

Précis d'électrothérapie, par H. Bordier, licencié ès sciences physiques, médecin, électricien à Lyon. Préface de M. le professeur d'Arsonval, de l'Institut. (Un volume in-18 jésus de 599 pages, avec 106 figures, cartonné.) — Prix : 8 francs.

Librairie **Maloine**, place et rue de l'École-de-Médecine, 21-23-25, et boulevard Saint-Germain, 91, Paris.

Nouveaux éléments d'ophtalmologie, par MM. H. Truc, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Montpellier, et E. Valude, médecin de la clinique ophtalmologique nationale des Quinze-Vingts. Tome II. (Un volume in-8° de 713 pages, avec 108 figures.) — Prix des deux volumes : 20 francs.

Le lysol : ses propriétés antiseptiques, thérapeutiques et désinfectantes, par le Dr Darteyre, ex-interne à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, ancien prosecteur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand. (Thèse in-8°.) — Prix : 3 fr. 50.

Librairie **Alcan**, boulevard Saint-Germain.

Bibliographia physiologica 1895 : Répertoire des travaux de physiologie de l'année 1895 classés d'après la classification décimale, par Ch. Richet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, avec la collaboration de MM. Athanasiu, J. Carvallo, Contejean et Dupuy. (Un volume in-18.) — Prix : 3 fr. 50.

Bibliographia physiologica 1896 : Répertoire des travaux de physiologie de l'année 1896 classés d'après la classification décimale, par Ch. Richet,

professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, avec la collaboration de MM. Athanasiu, J. Carvallo, Contejean et Dupuy. (Un volume in-18.) — Prix : 1er fasc., 2 francs.

Chirurgie de la face, par le professeur Félix Terrier. In-12 : 4 francs.

Librairie **Alex. Coccoz**, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

Étude sur la pathologie algérienne. Tome Ier : *Le sarcome cutané en Algérie, sa fréquence, sa guérison par les empiriques indigènes*, par le Dr Émile Legrain. (In-8°, avec pl., 1896.) — Prix : 1 fr. 25.

Librairie du **Progrès médical**, 14, rue des Carmes, Paris.

La foi qui guérit, par J.-M. Charcot. Tome VIII de la *Bibliothèque diabolique*. (In-8° de 48 pages.) — Prix : papier vélin, 2 francs ; papier Hollande, 3 fr. 50 ; papier Japon, 4 francs.

H. K. Lewis, Londres.

A Text-book of bacteriology including the etiology and prevention of infective diseases and a short account of yeasts and moulds, hœmatozoa and psorosperms, by Edgar Crookshank. (4e édition.) — Prix : 21 sh.

Librairie **Adam** et **Charles Black**, Londres.

Microscopic researches on the formative property of glycogen. Part. I : *Physiological*, by Charles Creighton. — Prix : 7 sh. 6. p.

Librairie **Lamertin**, Bruxelles.

La sérothérapie de la fièvre typhoïde, étude expérimentale, par le Dr M Funck.

Librairie **Moya**, Madrid.

Conceptos patogenico y nosologico de la dispepsia, par le Dr Nic. Rodriguez y Abaytua.

Vallardi, Milan.

Sulle alterazioni organiche dipendenti dalla narcosi cloroformica, ricerche cliniche ed anatomiche, del Dott. Abele Ajello.

Gamberini et **Parmeggiani**, Bologne.

Ricerche bacteriologiche e sperimentali sulla eziologia della leucemia nel cane e nel bue, pel prof. Ang. Bonvicini.

Contributo allo studio degli impulsi cardiaci patologici, por il Dott. Emilio Boari.

Librairie **Carlini**, Gênes.

Dott. Sacchi Ercole. *Resoconto statistico clinico della 5ª sezione chirurgica dell' ospedale S. Andrea*, anno 1895.

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl) 1.1.97.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Th. ZIEHEN. Ueber die Grosskirnfurchung der Halbaffen, etc. (Sur la disposition des sillons à la surface des hémisphères des prosimiens, et sur la signification de quelques sillons du cerveau humain) (*Archiv f. Psychiat.*, *LXVIII*, *3*, *p. 898*).

Ziehen a eu l'occasion d'étudier la conformation d'un grand nombre de cerveaux de prosimiens. Il donne une relation très détaillée des résultats de ses observations, avec figures à l'appui. Puis il compare entre elles les dispositions que présentent les sillons à la surface des hémisphères cérébraux, dans les diverses familles de prosimiens qu'il a été à même d'étudier. Il poursuit ce parallèle entre les cerveaux de ces prosimiens et ceux des mammifères appartenant à des ordres inférieurs, entre les cerveaux des prosimiens, ceux des singes et le cerveau de l'homme. Les résultats annoncés par l'auteur sont à lire dans l'original; il est impossible d'en donner une idée exacte sous forme d'une brève analyse.

E. RICKLIN.

STADERINI. Sullo sviluppo e sui caratteri..... (Du développement et des caractères définitifs du quatrième ventricule à son extrémité caudale) (*Lo Sperimentale*, *L*, *p. 25*).

Dans le bulbe rachidien des poissons, amphibies, reptiles, oiseaux et mammifères, il coexiste normalement deux cavités, l'une dorsale, l'autre ventrale ; du côté cranien les deux cavités communiquent avec le quatrième ventricule ; elles ont leur confluent à la partie interne de l'angle postérieur de la fosse rhomboïdale (calamus). Ces deux cavités représentent une subdivision du canal central primitivement unique. Elles

sont séparées par une cloison de substance gélatineuse, notablement développée chez les mammifères, remplissant tout l'angle postérieur de la fosse rhomboïdale. C. LUZET.

Ph. STÖHR. Ueber die kleinen Rindenzellen des Kleinhirns des Menschen (Sur les petites cellules corticales du cervelet de l'homme) (*Anat. Anz.*, *XII*, *23*, *p. 529*).

L'auteur montre, par la description des petites cellules corticales dont il a pu mettre en évidence le prolongement cylindre-axe, qu'il n'y a pas lieu d'en faire une catégorie à part, distincte de celle des grosses cellules. Il n'y a, en réalité, qu'une sorte de cellules corticales, toutes en relations avec les cellules de Purkinje. A. NICOLAS.

R. ZANDER. Beiträge zur Kenntniss der mittleren Schädelgrube mit besonderer Berücksichtigung der Lage des Chiasma opticum (Étude de la fosse moyenne du crâne, et spécialement de la situation du chiasma optique) (*Anat. Anz.*, *XII*, *19-20*, *p. 457*).

La limite entre la région de la face supérieure du corps du sphénoïde qui appartient à l'étage antérieur du crâne et celle qui dépend de l'étage moyen est constituée par une crête plus ou moins saillante, le *limbe sphénoïdal*, dont la disposition varie selon les sujets. Toute la zone située en arrière du limbe appartient à la gouttière optique des auteurs. Or, cette gouttière n'existe réellement que dans le tiers des cas environ. 44 fois sur 100 crânes l'auteur l'a trouvé remplacée par une surface plane et 22 fois par une voussure. De plus, le chiasma optique ne repose jamais sur cette région du sphénoïde, contrairement à l'opinion classique. L'expression de gouttière optique mériterait donc d'être supprimée et remplacée par celle d' « *area praesellaris* ». Cette aire est limitée en arrière généralement par un bourrelet transversal, le « *tuberculum sellae* » ordinairement situé sur un plan plus profond que le limbe.

L'auteur décrit ensuite les parois de la fosse hypophysaire et ses dimensions, et signale l'existence d'un repli non encore signalé de la dure-mère, le « *plica limbo-clinoidea* », tendu entre le limbe sphénoïdal et l'apophyse clinoïde antérieure, au-dessus de l'extrémité antérieure du segment intracranien du nerf optique, qu'il masque dans une étendue plus ou moins considérable.

La longueur de la portion libre du nerf optique, c'est-à-dire de la portion comprise entre le bord antérieur du chiasma et le pli limbo-clinoïde ; la longueur totale de son segment intracranien, c'est-à-dire mesurée jusqu'au trou optique ; la largeur de ces nerfs, l'écartement des trous optiques ; les dimensions du chiasma, sont notés dans autant de paragraphes.

Le chiasma des nerfs optiques est toujours situé en arrière de l'*area praesellaris* (soi-disant gouttière optique), à $3^{mm},75$ d'elle en moyenne. Il ne repose pas sur la face supérieure du sphénoïde et déborde en arrière le dos de la selle turcique. De plus il est souvent déplacé à droite ou à gauche.

Il convient enfin d'ajouter que les différentes régions de la fosse moyenne du crâne sont fréquemment asymétriques. A. NICOLAS.

J. DEMOOR. La plasticité morphologique des neurones cérébraux (*Arch. de biol.*, *XIV, 4, p. 723*).

Sous l'action de la morphine, du chloroforme et de l'hydrate de chloral, ainsi que sous l'action d'une longue excitation électrique, les prolongements de la cellule nerveuse, dendritiques et cylindraxile (écorce cérébrale du chien), prennent une structure moniliforme qui disparaît lorsque l'influence de ces agents ne s'est pas exercée trop longtemps. On peut donc penser que cette transformation est le résultat d'une réaction de la substance vivante vis-à-vis des excitants. La transformation d'une branche nerveuse en un filament moniliforme doit nécessairement entraîner des modifications considérables dans les contacts multiples des cellules entre elles. En raccourcissant les prolongements elle entraînerait une individualisation des neurones qui aurait pour résultat de diminuer l'association des activités cellulaires individuelles. A. NICOLAS.

P. ARGUTINSKY. Ueber eine regelmässige Gliederung in der grauen Substanz des Rückenmarks beim Neugeborenen und über die Mittelzellen (Sur une segmentation régulière dans la substance grise de la moelle, chez le nouveau-né, et sur les cellules moyennes) (*Archiv für mik. Anat.*, *XLVIII*, *3*, *p. 496*).

Le groupe des « cellules moyennes » (Waldeyer), situé dans la région grise intermédiaire à la corne antérieure et à la corne postérieure, en arrière et en dedans de la corne latérale, est segmenté, dans toute la hauteur de la région dorsale, en amas cellulaires indépendants, séparés les uns des autres par un intervalle qui varie de 25 à 35 millimètres. On compte environ 3 de ces amas pour 1 millimètre de longueur de moelle (chez le nouveau-né).

La colonne cellulaire des cornes latérales présente également cette segmentation, mais d'une façon moins accusée. Ni les colonnes de cellules motrices ni les colonnes de Clarke n'en offrent la moindre trace (du moins chez les fœtus âgés et chez l'enfant nouveau-né). Jusqu'alors la cause de cette si remarquable répartition des cellules de ces deux régions en groupes isolés et superposés échappe complètement. Elle ne paraît en tout cas due ni à des trajets de fibres nerveuses spéciales ni à la distribution des vaisseaux. Il est d'ailleurs bien entendu qu'il s'agit ici seulement d'une segmentation au sens étroit du mot et non d'un groupement métamérique. A. NICOLAS.

ACQUISTO et PUSATERI. Sulle terminazioni nervose nella dura madre cerebrale dell' uomo (*Rivista di patol. nervosa e mentale*, *p. 267*, *1896*).

La dure-mère cérébrale chez l'homme est abondamment pourvue de nerfs. Ces nerfs sont de deux sortes : vasomoteurs et nerfs propres.

Ces nerfs propres, ainsi que cela se voit dans la cornée et dans la choroïde, s'anastomosent entre eux, formant un riche réseau dans lequel

prennent leur origine des fibrilles qui se terminent librement entre les éléments endothéliaux du feuillet pariétal de l'arachnoïde.

Les auteurs se demandent si ces nerfs ne seraient pas destinés à régulariser par action réflexe la production du liquide céphalo-rachidien.

PIERRE MARIE.

L. SZYMONOWICZ. Ueber den Bau und die Entwicklung der Nervenendigungen im Entenschnabel (Sur la structure et le développement des terminaisons nerveuses dans le bec du canard) (*Archiv f. mik. Anat.*, *XLVIII*, *2*, *p. 329*).

Ce travail comprend successivement l'étude des corpuscules de Grandry, des corpuscules de Herbst, des terminaisons libres intraépidermiques dans les bourrelets du bec du canard et du développement de ces mêmes corpuscules. Les points principaux à signaler concernent la structure fibrillaire spéciale du protoplasma des cellules des corpuscules de Grandry; celle également fibrillaire du disque tactile; les rapports de la gaine plasmatique et des cellules qui accompagnent la terminaison cylindraxile axiale dans les corpuscules de Herbst. Relativement au développement de ces corpuscules, l'auteur en décrit les différents stades à partir du 18e jour de l'incubation jusqu'au 3e jour après l'éclosion. Il montre que les cellules tactiles dans les deux variétés de corpuscules sont d'origine conjonctive et que leur différenciation est provoquée par l'apparition des fibres nerveuses qui se distribuent dans le derme. Il y a donc une grande différence entre les corpuscules de Grandry et les corpuscules de Merkel (ménisques tactiles intraépidermiques) dont les cellules sont au contraire d'origine épithéliale.

A. NICOLAS.

I. **POPOWSKY. Zur Entwicklungsgeschichte des N. facialis beim Menschen (Le développement du nerf facial chez l'homme)** (*Morphol. Jahrb.*, *XXIII*, *3*, *p. 329*).

L'étude de la distribution des branches du nerf facial aux différentes périodes de la vie embryonnaire chez l'homme et de leurs relations avec la musculature de la face présente un grand intérêt au point de vue de la genèse des différents muscles de la face et de la confirmation de leur origine commune aux dépens du peaucier du cou. Au début le nerf facial et le platysma auquel il est destiné appartiennent exclusivement au territoire de l'arc hyoïdien, et sont l'un et l'autre entièrement étrangers à la face. Plus tard le peaucier se répand sur la face où il se différencie en muscles distincts en même temps que le facial se déplaçant avec lui vers le haut se ramifie progressivement, prend par place la disposition plexiforme et contracte des anastomoses avec le trijumeau qui occupait déjà la région faciale avant qu'il n'y parvienne. L'auteur étudie successivement le facial chez 12 embryons humains et chez 8 nouveau-nés. Les limites étroites d'une analyse ne permettent pas de le suivre dans ses descriptions toutes de détails, ce que nous avons dit plus haut suffit à indiquer l'esprit de ses recherches.

A. NICOLAS.

A. PLOSCHKO. Die Nervenendigungen und Ganglien der Respirationsorgane (*Anat. Anz.*, *XIII*, *1-2*, *p. 12*).

Epiglotte. L'appareil nerveux terminal comprend des terminaisons sous-épithéliales et des terminaisons intraépithéliales. Les premières se distinguent : en arborisations amyéliniques, issues de fibres à myéline et munies d'épaississements en plaques ou en boutons ; en pelotons terminaux semblables à ceux qu'ont décrits Krause et Lindemann ; enfin en terminaisons péricellulaires constituées par des amas de cellules arrondies au sein desquels viennent se terminer des arborisations variqueuses. Les secondes comportent : de fines fibrilles issues du plexus sous-épithélial ; des houppes variqueuses produites par l'épanouissement d'une fibre à myéline ; des appareils péricellulaires en rapport avec les cellules basales de l'épithélium ; enfin, des terminaisons dans des organes caliciformes, avec cupule basale, fibres intragemmales et fibres périgemmales.

Larynx. L'innervation terminale du larynx est semblable à celle de l'épiglotte. On rencontre un plexus profond auquel sont annexés des ganglions et un plexus superficiel. D'ailleurs, la distribution des terminaisons est variable suivant les régions. C'est ainsi que, dans les cordes vocales supérieures, on rencontre des organes caliciformes, des arborisations sous-épithéliales et des fibrilles intraépithéliales, tandis que dans les cordes inférieures il n'y a pas d'arborisations sous-épithéliales. La région sous-glottique ne possède que des terminaisons qui parviennent jusqu'au niveau de la bordure de cils.

L'épiglotte, le larynx et la trachée sont pourvus de nombreux ganglions et même de cellules nerveuses disséminées le long des troncs nerveux. Les ganglions de la trachée renferment trois catégories de fibres : 1° des fibres à myéline qui ne font que les traverser et sont, probablement, des voies sensibles cérébro-spinales ; 2° des fibres amyéliniques nées dans le ganglion lui-même et qui vont se terminer au contact des fibres lisses de la paroi trachéale ; 3° des appareils terminaux péricellulaires. A. NICOLAS.

R. ZANDER. Ueber die Anordnung der Wurzelbündel des Nervus oculomotorius beim Austritt aus dem Gehirn (Sur l'arrangement des faisceaux radiculaires du nerf oculo-moteur à leur sortie du cerveau) (*Anat. Anz.*, *XII*, *24-25*, *p. 545*).

Le nerf oculo-moteur (commun), chez l'homme, ne naît pas seulement, ainsi que l'admettent la plupart des auteurs, par des faisceaux de fibres qui émergent du sillon de la face interne du pédoncule cérébral, mais encore par un certain nombre, plus ou moins considérable, de fibres qui se dégagent, en arrière et en dehors des précédentes, de la face ventrale de ce même pédoncule. On peut donc partager les fibres radiculaires de l'oculo-moteur en deux groupes, l'un interne, l'autre postéro-externe. Les lignes d'implantation des fibres de ces deux groupes sont obliques et forment entre elles un angle aigu ouvert en dehors et en avant.

Le groupe postéro-latéral, quant à l'arrangement de ses faisceaux

constitutifs, présente plusieurs variétés : 1° il forme une lame ininterrompue (16 fois sur 66 cas) ; 2° il est partagé par une ou plusieurs fentes, mais celles-ci sont si étroites que la continuité de la lame n'est pas interrompue (5 fois sur 66 cas) ; 3° une fente large le divise en un faisceau interne et un faisceau externe (39 fois sur 66) ; 4° il y a, comme dans le cas précédent, séparation en un faisceau externe et un interne. Ce dernier est plus large et se montre à son tour subdivisé en deux portions par une fente étroite (6 fois sur 66).

L'auteur a retrouvé chez un certain nombre de mammifères des dispositions semblables. A. NICOLAS.

L. CAMUS et E. GLEY. Recherches expérimentales sur les nerfs des vaisseaux lymphatiques (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 454*).

L'existence de nerfs vaso-moteurs constricteurs des chylifères a été établie par P. Bert et Laffont, en 1882, seulement dans les nerfs mésentériques, d'une manière d'ailleurs irréprochable. Les auteurs du présent travail étudient le canal thoracique dans sa partie inférieure (citerne de Pecquet), dont ils apprécient les variations de volume par le rhéographe et l'appareil Morat-Doyon. Ils constatent, en excitant le splanchnique gauche, une dilatation de la citerne et concluent à l'existence dans ce nerf de fibres *dilatatrices* directes, exerçant leur action pour accroître le volume de la citerne. DASTRE.

L. RANVIER. La théorie de la confluence des lymphatiques et la morphologie du système lymphatique de la grenouille (*C. R. Acad. des Sc.*, *7 déc. 1896*).

La théorie de la confluence des lymphatiques s'applique d'une manière particulièrement large aux sacs lymphatiques sous-cutanés de la grenouille. Il y a eu d'abord sous la peau des lymphatiques canaliculés ; ceux-ci ont émis des bourgeons ; ces bourgeons se sont étendus, puis se sont ouverts les uns dans les autres, de sorte qu'il s'est formé un réseau lymphatique semblable à celui qu'on observe encore dans la membrane interdigitale. Puis l'accroissement, l'extension et la confluence se poursuivant, tout a été envahi, et le processus ne s'est arrêté que là où il a rencontré une résistance insurmontable, c'est-à-dire au niveau des aponévroses et des cloisons qui séparent les sacs, et au niveau des filaments vasculaires et nerveux qui, dans les sacs dorsaux, paraissent entièrement libres et dénudés, mais qui sont revêtus de l'endothélium lymphatique. Telle est aussi l'origine de la grande citerne rétro-péritonéale, des gaines périvasculaires qui en partent, et enfin de l'espèce de lac lymphatique de la muqueuse intestinale. Toutes ces cavités représentent des capillaires lymphatiques ; et, en effet, elles n'ont d'autre paroi que leur endothélium, et cet endothélium est formé de cellules polygonales qui, bien qu'elles soient moins fortement denticulées que celles des capillaires lymphatiques des mammifères, n'en appartiennent pas moins au même type.

M. DUVAL.

L. RANVIER. Des lymphatiques de la villosité intestinale chez le rat et le lapin (*C. R. Acad. des Sc., 30 nov. 1896*).

La villosité intestinale du rat est mince, foliacée, semi-lunaire, et renferme de trois à six chylifères ; chez le lapin, elle est cylindrique et ne renferme qu'un gros chylifère central, mais dont les dispositions sont telles qu'il semble provenir de la fusion de plusieurs vaisseaux (ampoule, anse, anneau de clef). C'est ainsi que, si la villosité foliacée du rat revenait sur elle-même, les lymphatiques qu'elle contient, ramenés les uns auprès des autres, arriveraient à se toucher et à se fusionner.

Dans tous les cas, les lymphatiques de la villosité intestinale sont situés dans un plan plus profond que les capillaires sanguins, dont ils sont séparés par l'appareil musculaire de la villosité, cet appareil étant une dépendance de la musculeuse de la muqueuse ; les dispositions sont, en un mot, telles qu'on peut les concevoir en supposant que les chylifères de la villosité sont des culs-de-sac émanés du réseau lymphatique de la muqueuse et se développant peu à peu par extension, de manière à refouler devant eux, pour la franchir, la couche musculeuse de la muqueuse, et, en effet, cette musculeuse fait défaut à la base de la villosité intestinale. Ces dispositions ont une grande importance en physiologie : au moment de la contraction des éléments musculaires, les chylifères de la villosité, soumis à une compression énergique, expulseront leur contenu, lequel trouvera une issue d'autant plus facile dans le réseau sous-jacent que la base de la villosité, étant dépourvue d'éléments contractiles, ne lui offrira aucune résistance. M. DUVAL.

R. BODDAERT. Application de l'injection sous-cutanée de fluorescéine à l'étude du système lymphatique (*Gand, 1896*).

La solution employée est : eau distillée, 30 grammes ; fluorescéine, 5 grammes ; carbone de soude sec, 5 grammes. Une goutte de cette solution colore 4 litres d'eau d'une façon appréciable.

Injectée sous la peau, la fluorescéine apparaît d'abord et en plus grande quantité dans les vaisseaux sanguins ; le sang prend une couleur d'ocre brune avec reflet verdâtre. Puis elle paraît dans les vaisseaux lymphatiques voisins qu'elle permet de distinguer nettement, et aussi, à un degré bien moindre, dans les vaisseaux lymphatiques éloignés auxquels elle est apportée par le sang. La peau se colore progressivement en jaune verdâtre ; l'humeur aqueuse devient verte ; tous les tissus sont teintés.

Mais bientôt l'élimination se fait, les urines deviennent rouge orange ou jaune de chrome et au bout de 24 heures tout a à peu près disparu.

LEFLAIVE.

O. ISRAEL et A. PAPPENHEIM. Ueber die Entkerung..... (Sur la disparition du noyau dans les globules rouges du sang des mammifères) (*Arch. f. pathol. Anat., CXLIII, 3*).

L'examen du sang des embryons de souris fut pratiqué : 1° à l'état

frais sans ou après coloration ; 2° après fixation par les liquides (Zenker) et sur les coupes.

On trouve des noyaux *libres* dans le sang, mais aucun fait ne porte à croire qu'on ait affaire à des noyaux qui eussent été expulsés des jeunes globules rouges nucléés. Une série de formes de transition montrent que ces noyaux libres proviennent de cellules nucléées dont le corps cellulaire a disparu par une sorte de dégénérescence ou de fonte sénile. En outre, on constate que plus le corps cellulaire diminue, plus le noyau perd ses contours réguliers et quand le premier a complètement disparu, le noyau a pris le caractère d'une formation dégénérée.

En un mot, les noyaux *libres* ne sont pas le point de départ du développement de nouveaux éléments, mais représentent le dernier terme d'une série de phénomènes atrophiques dont la cellule originelle a été le siège.

Les globules rouges *normaux*, c'est-à-dire sans noyau, des mammifères dérivent de cellules nucléées ; en comparant une série de formes, on constate que, dans ce cas, le noyau subit une dégénérescence, tandis que le corps cellulaire se charge de plus en plus d'hémoglobine et de granules chromophiles. Il est possible que ces derniers proviennent de l'émigration des grains chromatiques du noyau. A ces modifications, qui amènent la disparition du noyau et la présence de granulations chromatiques dans le corps cellulaire, s'ajoutent des changements de formes du globule rouge et la fonte d'une partie du corps cellulaire.

En résumé, le *globule rouge du mammifère adulte n'est qu'un reste cellulaire.* ÉD. RETTERER.

J. HAMBURGER. Ueber die Formveränderung..... (Sur les changements de forme que subissent les globules rouges du sang dans les solutions salines, dans la lymphe et dans le sérum sanguin dilué) (*Archiv für pathol. Anat.*, *CXLI*, *2*).

Les globules rouges du sang se rétractent dans les solutions salines *concentrées* et se gonflent en solutions *diluées* et même dans un sérum *physiologique* ou *isotonique*, ils paraissent *plus petits* que dans leur milieu naturel, c'est-à-dire le plasma sanguin.

En faisant une série d'essais avec le sang de cheval et de lapin, Hamburger constata que les solutions physiologiques ou isotoniques de chlorure de sodium, de sulfate de soude ou de sucre de canne amènent toujours une diminution de diamètre dans les globules rouges, en même temps que ceux-ci perdent leur forme concave et deviennent plus ou moins sphériques.

Dans une autre série d'expériences, Hamburger examina les globules rouges du sang dans la lymphe provenant des lymphatiques du cou ou de la jambe d'un cheval hydropique ou normal, ou bien le sang du chien dans la sérosité provenant d'une ascite ; il vit toujours les globules rouges subir les modifications de formes ci-dessus décrites. Ce qui est plus singulier, c'est que ces changements de forme ne sont pas persistants ; il suffit, en effet, de remettre les globules rouges (ou sortir des solutions salines) dans leur milieu ou sérum naturel, pour les voir reprendre l'aspect bi-concave et s'empiler en pièces de monnaie.

En un mot, *il n'existe pas d'autre milieu que le sang lui-même qui conserve la forme des globules rouges.* ÉD. RETTERER.

E. NEUMANN. Hämatologische Studien (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXLIII, 2*).

Neumann a publié des observations multiples sur la formation du sang chez la grenouille. Ses premiers résultats se rapportent à la structure de la moelle des os qu'il a étudiée sur les grenouilles pendant trois années et mois par mois.

La moelle des os longs présente alternativement deux états particuliers : l'état *graisseux* et l'état *lymphoïde ;* le premier est caractérisé par la prédominance de grandes cellules adipeuses, qui lui donnent un aspect jaune (moelle jaune) ; le second, par son apparence muqueuse, visqueuse même et sa riche vascularisation (moelle rouge).

L'état lymphoïde procède des épiphyses et s'étend vers la diaphyse, de la périphérie de la moelle vers le centre et l'état graisseux lui succède en sens inverse. En hiver, la moelle est graisseuse ; au printemps, elle devient en grande partie lymphoïde ; puis, sous l'influence de l'alimentation, elle se charge de nouveau de cellules adipeuses.

Le fait remarquable qui accompagne constamment la transformation de la moelle graisseuse en moelle lymphoïde, c'est qu'il se développe dans cette dernière des cellules spéciales, découvertes et bien décrites par Hayem sous le nom d'hématoblastes et que Neumann préfère appeler *cellules fusiformes*. Les cellules ne paraissent fusiformes que quand on les voit de profil ; en réalité elles sont arrondies, ovalaires ou pyriformes.

Leur grand diamètre n'a que le tiers ou les deux tiers, leur petit diamètre le tiers ou la moitié des diamètres correspondants d'un globule rouge adulte. Ces cellules fusiformes sont incolores et leur noyau montre un réticulum à mailles losangiques et à gros nœuds quadrangulaires.

C'est au mois de mai que les cellules fusiformes commencent à devenir abondantes dans les vaisseaux sanguins et elles continuent à y affluer jusque vers le mois de septembre. A partir de cette époque, elles deviennent plus rares, bien qu'elles ne disparaissent à aucun moment de l'année.

Ce sont ces cellules fusiformes qui se transforment peu à peu en globules rouges en augmentant de volume et en élaborant de l'hémoglobine dans leur corps cellulaire. A cet égard, Neumann confirme en tous points les recherches de Hayem, qui le premier a étudié méthodiquement la formation des globules rouges des batraciens aux dépens des hématoblastes nucléés.

Ce qui démontre que la moelle des os produit les cellules fusiformes, c'est qu'à toutes les périodes de l'année et surtout au printemps, elles sont plus abondantes dans les *veines de la moelle osseuse* que dans le reste de l'appareil respiratoire.

Quant à l'origine même des cellules fusiformes dans la moelle osseuse, Neumann croit qu'elles proviennent des éléments cellulaires, désignés par Hayem sous le nom de première variété des globules blancs, par

d'autres, sous le nom de leucocytes à un seul noyau, de leucoblastes ou lymphocytes.

Ces lymphocytes prennent naissance dans la moelle osseuse dont les cellules se divisent, puis émigrent par mouvement amiboïde dans l'intérieur des vaisseaux sanguins où ils se transforment en cellules fusiformes, puis en globules rouges. ÉD. RETTERER.

H. TRIEPEL. Das elastische Gewebe in der Wand der Arterien der Schädelhöhle (Le tissu élastique dans la paroi des artères de la cavité cranienne) (*Anat. Hefte, VII, 2, p. 188*).

Les artères du cerveau (artères de la base du crâne et leurs branches, artères de la dure-mère) se distinguent des artères de même calibre du corps, au point de vue du tissu élastique, par les particularités suivantes.

La membrane élastique interne est particulièrement épaisse. Très fréquemment, surtout dans les grosses artères, elle est décomposée en plusieurs lamelles, lamelle primaire et lamelles secondaires, diversement agencées et cette disposition se remarque notamment au niveau de l'émergence d'une branche collatérale.

Dans la tunique musculaire, le tissu élastique est très peu développé, représenté seulement par quelques fibres circulaires disséminées dans toute l'épaisseur de la tunique.

La tunique externe est riche en fibres élastiques orientées circulairement, mais il n'y en a point dans les faisceaux de fibres lisses longitudinales.

Après avoir établi ces faits, l'auteur recherche, en se basant sur des considérations physiologiques et mécaniques, les rapports qui existent entre ces particularités de structure et le fonctionnement des artères.

A. NICOLAS.

A. SOULIÉ et J. RAYNAL. L'anatomie du péricarde (*Journ. de l'anat. et de la phys., sept.-oct. 1896*).

Ce mémoire a pour objet d'une part l'étude des ligaments du péricarde, et, d'autre part, celle de la séreuse péricardique au niveau de l'origine des gros vaisseaux.

Ligaments du péricarde. — Ils sont de trois ordres : 1° Deux ligaments antérieurs et médians, l'un supérieur ou sterno-costo-péricardique, l'autre inférieur ou xipho-péricardique : 2° Deux ligaments supérieurs et latéraux (vertébro-péricardiques), qui, partis de l'aponévrose cervicale profonde, vont se fixer par deux ordres de fibres sur le sac péricardique, les unes en avant et les autres en arrière du pédicule pulmonaire sur lequel elles s'épuisent ; 3° Deux ligaments inférieurs et latéraux (phréno-péricardiques) qui se détachent du centre phrénique, l'un à droite, l'autre à gauche de la veine cave inférieure et se perdent également sus le pédicule pulmonaire.

Séreuse péricardique.— Au milieu du pédicule artériel, la gaine séreuse enveloppe entièrement les gros troncs qui sont ainsi séparés de la face antérieure des oreillettes par un canal séreux. Les vaisseaux veineux sont séparés par un profond diverticule en deux groupes, l'un droit,

formé par les deux veines caves et les deux veines pulmonaires droites, l'autre gauche, ne comprenant que les deux veines pulmonaires gauches. Mais la séreuse envoie entre les différents vaisseaux veineux une série de petits diverticules, dont les trois principaux sont compris : le premier entre la veine cave supérieure et la veine pulmonaire droite supérieure ; le second entre les deux veines pulmonaires droites, et le troisième entre les deux veines pulmonaires gauches. M. DUVAL.

G. GALEOTTI. Beitrag zur Kenntniss der Sekretionserscheinungen in den Epithelzellen der Schilddrüse (Des phénomènes sécrétoires dans les cellules épithéliales du corps thyroïde) (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLVIII*, *3*, *p. 305*).

L'auteur s'est proposé de rechercher les modifications des éléments glandulaires du corps thyroïde sous l'influence de l'introduction dans l'organisme, par injection dans la cavité péritonéale, de diverses substances. Il a choisi pour objet d'études la tortue, à cause de la résistance qu'offre cet animal aux traumatismes et à cause aussi des dimensions particulièrement favorables des cellules thyroïdiennes. La comparaison des préparations provenant de tortues normales avec celles de glandes extirpées à des animaux qui avaient reçu en injection des substances qu'il est permis de considérer comme des produits toxiques dus à la désassimilation ou à la putréfaction, prouve avec évidence que ces substances sont capables de provoquer une sécrétion plus active qu'à l'état normal.

Il résulte, en outre, de ces observations que les cellules de la glande thyroïde normale élaborent, par un double processus, deux substances différentes. L'une est d'origine nucléaire et se forme comme les grains de zymogène dans les glandes à ferment, l'autre prend naissance directement dans le cytoplasme sous forme de gouttes hyalines. Il ne semble pas qu'elles produisent de liquide, sauf dans certains cas, par exemple à la suite de l'intoxication par la pilocarpine.

Or, il paraît résulter des expériences de l'auteur, et cette conclusion est une des plus intéressantes, que certaines substances toxiques activent la formation de l'un de ces deux produits de sécrétion, certaines autres celles du second, d'autres celles des deux à la fois; d'autres enfin sont sans influence. C'est ainsi que les produits les plus simples de la désassimilation, tels que l'urée et l'acide urique, même injectés à forte dose, ne provoquent pas de sécrétion plus active qu'à l'état normal. Il faut, pour qu'ils agissent, répéter les injections, déterminer un empoisonnement chronique.

Par contre, les injections de bile ou d'acides biliaires seuls déterminent une hypersécrétion de grains fuchsinophiles. La leucine, l'urine humaine et la neurine augmentent la formation des gouttelettes hyalines. La sécrétion de ces deux substances à la fois, grains et gouttes hyalines, est activée par la créatine, la xanthine et les produits de la putréfaction.

A. NICOLAS.

A. KOHN. Studien über die Schilddrüse. II (*Archiv f. mik. Anat.*, *XLVIII*, *3*, *p. 398*).

Le lapin possède un corpuscule épithélial externe (glandule parathy-

roïde externe) pair qui, chez l'animal jeune, est situé généralement au côté ventral de la carotide ou bien embrasse le côté externe de ce vaisseau tout le long de son trajet contre la glande thyroïde. Chez l'adulte, la longueur de cet organe, par rapport à la thyroïde, est moins considérable. Il conserve toujours sa situation juxta-carotidienne, mais il est reporté plus en arrière, à peu près au niveau du pôle aboral de la thyroïde. On trouve dans son épaisseur, plus fréquemment chez les jeunes lapins que chez les vieux, des cavités isolées, ordinairement tapissées par un épithélium cubique, mais dont le contenu n'est nullement de nature colloïde. Ces glandules sont des organes spéciaux, caractérisés par une structure définitivement acquise, c'est-à-dire qu'ils ne se différencient plus et, notamment, ne se transforment pas en tissu thyroïdien.

Au sein de chacun des lobes du corps thyroïde du lapin, plus près de leur surface interne, existe une cavité spacieuse, canal central de la glande thyroïde, pourvue d'un revêtement épithélial variable (plat, cubique ou cylindrique cilié). Ce canal est constant, mais ses dimensions s'accroissent avec l'âge de l'animal. La lumière est occupée par des vestiges cellulaires provenant de son épithélium. Dans son voisinage on remarque le corpuscule épithélial interne. Celui-ci est par place en connexion immédiate avec l'épithélium du canal et, d'autre part, se continue çà et là avec le tissu thyroïdien typique. Néanmoins, grâce à sa structure spéciale et à la capsule conjonctive qui le délimite, il constitue un organe à part.

Les figures caryocinétiques chez l'animal jeune sont fréquentes, aussi bien dans le corpuscule épithélial externe que dans l'interne.

Dans le voisinage du corpuscule externe, on rencontre chez le lapin des nodules thymiques qui lui sont souvent unis, mais ne semblent pas constants.

A signaler enfin, dans le corps thyroïde du lapin, un muscle strié qui, né de la face externe du cartilage cricoïde, se dirige en dehors et en arrière sur la face interne du lobe latéral de la glande et s'enfonce dans les cloisons interlobulaires ainsi que dans le tissu conjonctif intralobulaire entre les vésicules thyroïdiennes. A. NICOLAS.

A. BRACHET. Recherches sur le développement du pancréas et du foie (sélaciens, reptiles, mammifères) (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, *nov.-déc. 1896*).

Dans ces dernières années, l'étude des premières phrases de développement du foie et du pancréas a été un sujet de prédilection pour les embryologistes; mais les nombreux travaux entrepris sur ces questions ne sont pas toujours arrivés à des résultats concordants, notamment quant au nombre et à la disposition des bourgeons primitifs donnant naissance à ces deux glandes. De l'ensemble des observations faites par A. Brachet sur les sélaciens, les reptiles et les mammifères, il se dégage à cet égard une série de faits d'un grand intérêt et qui permettent d'envisager la question de l'origine primordiale du foie et de ses voies d'excrétion d'une manière relativement simple et uniforme pour ces trois groupes de vertébrés.

Chez tous trois, en effet, le foie se développe aux dépens d'un renfle-

ment longitudinal du pourtour ventral du tube digestif, occupant toute l'étendue de la portion de ce tube qui va du sinus veineux à l'ombilic intestinal. Ce renflement est dû à la présence d'une gouttière longitudinale formée par une dilatation du tube dans le sens dorso-ventral, gouttière qui n'a pas exactement la même destinée dans toute son étendue. En effet, sa portion antérieure fournit par prolifération de sa paroi, les travées épithéliales qui deviendront le tissu propre du foie et les canaux hépatiques ; sa portion postérieure, au contraire, ne prolifère jamais, et donne naissance exclusivement à la vésicule biliaire et au canal cystique. Cette ébauche primitive, la même pour tous, se modifie plus tard de façon différente, suivant les groupes, et de ces modifications résulte la formation des bourgeons ou diverticules divers décrits par les auteurs. Ainsi, chez le lapin, un double étranglement sépare du tube digestif les extrémités antérieure et postérieure du renflement longitudinal primitif, dont la partie antérieure est le bourgeon hépatique proprement dit, et la postérieure le bourgeon cystique ; mais la zone intermédiaire, unissant ventralement ces deux bourgeons, est également formative de tissu hépatique ; par le fait du double étranglement, l'ensemble des ébauches hépatique et cystique ne communique plus avec le tube digestif que par un large pédicule qui deviendra le canal cholédoque. L'auteur insiste sur l'origine qu'il assigne à la vésicule biliaire, car on a toujours dit qu'elle ne serait qu'un diverticule secondaire du bourgeon hépatique postérieur ou du bourgeon unique, suivant les auteurs ; or, en réalité, comme il vient d'être dit, vésicule biliaire et foie se développent aux dépens de portions différentes d'une seule et même ébauche primitive.

Quant à l'origine du pancréas, elle est multiple : dans les trois groupes étudiés, il y a un bourgeon pancréatique dorsal qui naît de la région dorsale du tube digestif, en regard de l'ébauche hépatique ; de plus, excepté chez les cyclostomes et les sélaciens, il apparaît deux pancréas ventraux, naissant par des diverticules des parois du canal cholédoque ; chez les mammifères, une seule de ces ébauches ventrales, celle du côté droit, poursuit son développement, tandis que l'autre, transitoire, disparaît bientôt, se confondant avec la paroi du canal cholédoque et des canaux hépatiques. Quoi qu'il en soit, l'ébauche ventrale et l'ébauche dorsale ne tardent pas à s'unir formant un pancréas unique, mais qui communique avec le tube digestif par deux canaux excréteurs, représentant les canaux de Wirsung et de Santorini. M. DUVAL.

K. FRANZ. Ueber die Configuration der Arterien in der Umgebung des Pancreas (*Anat. Anz.*, *XII*, *19-20*, *p. 470*).

Ces observations, qui ont porté sur 25 cadavres, montrent que les diverses artères en rapport avec le pancréas sont soumises à des variations assez étendues, et que le chirurgien ne devra pas s'étonner si, au cours d'une opération sur cet organe, il ne rencontre pas les dispositions qu'indiquent les ouvrages classiques. Les variations concernent surtout l'artère colique moyenne (branche de la mésentérique supérieure).

A. NICOLAS.

Ch. RICHET. Poids du cerveau, du foie et de la rate des mammifères (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 232*).

Dans les différentes espèces de mammifères, la proportion du foie varie suivant le poids et la surface. La proportion du foie par rapport à la surface est plus grande chez l'animal plus gros, et par rapport au poids chez l'animal plus petit. C'est chez l'homme que le foie est le plus volumineux par rapport à la surface. Chez les divers mammifères la rate est sensiblement proportionnelle au poids du corps (2 grammes par kilog.) Le maximum est chez l'homme (3.8) et le minimum chez le lapin (0.54). Chez une même espèce animale, le poids du foie est sensiblement proportionnel à la surface du corps. Ce qui s'explique si l'on admet qu'il est (en tant que source thermique) en rapport avec une fonction de la surface, à savoir la déperdition de calorique. DASTRE.

I. — Raymond PICOU. Note sur certains points de l'anatomie topographique de la rate (*Soc. anat.*, *p. 698*, *nov. 1896*).

II. — Le même. De la situation normale de la rate par rapport à la paroi thoracique chez l'adulte (*Thèse de Paris 1896*).

I et II. — De ces recherches, il résulte que la rate se rapproche de la direction horizontale, elle est surtout moins oblique que les côtes. L'angle formé par l'axe de la rate et la ligne scapulaire mesure en moyenne 60° chez l'homme et 57° chez la femme. La réplétion de l'estomac exerce une action sur le déplacement en totalité de la rate, mais n'a aucune influence sur la direction de son grand axe : la direction plus ou moins oblique de la rate paraît surtout dépendre du volume et du développement que peuvent prendre les poumons. Aussi est-ce chez les hommes robustes que le grand axe de la rate se rapproche le plus de la direction horizontale.

Le hile, qui répond à peu près au grand axe de l'organe, est le point le plus fixe.

Le bord antéro-supérieur de la rate affleure le bord inférieur de la 8e côte et l'extrémité postérieure siège vers le bord inférieur de la 10e côte, à $0^m,028$ de la colonne vertébrale. MAUBRAC.

S. SACERDOTTI. Ueber die Regeneration des Schleimepithels des Magendarmkanales bei den Amphibien (Sur la régénération de l'épithélium à mucus du tube digestif chez les amphibiens) (*Archiv f. mik. Anat.*, *XLVIII*, *2*, *p. 359*).

Chez les animaux examinés (œsophage et estomac de la grenouille, intestin postérieur du triton) les cellules muqueuses de l'intestin dérivent d'éléments déjà en état d'élaborer du mucus et les centres de formation de ces éléments occupent, comme ceux qui ne produisent pas de mucus, les couches profondes de l'épithélium. Ils parviennent peu à peu à la surface, grâce d'une part à la disparition des cellules superficielles âgées, d'autre part à la formation de cellules encore plus jeunes, plus profondes, qui les refoulent sans cesse plus haut. Ces observations confirment donc les lois établies par Bizzozero, à savoir : les cellules muqueuses du tube

digestif sont les éléments véritablement spécifiques et les éléments épithéliaux de cet organe ne prennent pas naissance là où nous les rencontrons quand ils sont entièrement développés. A. NICOLAS.

MAUCLAIRE et MOUCHET. Considérations sur la forme et les moyens de fixité du côlon transverse (*Soc. anat. Paris, 31 juill. 1896*).

D'une façon schématique, le côlon transverse est étendu obliquement de l'extrémité inférieure du rein droit à l'extrémité supérieure du rein gauche ; de la face inférieure du lobe droit du foie et du fond de la vésicule biliaire à la face postérieure de la grosse tubérosité de l'estomac, et à la face interne de la rate, au voisinage de son extrémité inférieure ; de la 11e ou 10e côte droite, sur la ligne mammaire à la 9e côte gauche sur la ligne axillaire.

Le côlon transverse présente une forme générale courbe à légère concavité inférieure ; il est plus souvent au niveau ou au-dessous de l'ombilic qu'au-dessus, il est deux fois plus déclive chez la femme que chez l'homme. Il présente deux portions bien distinctes : une moitié droite à peu près constamment sinueuse, « anse sinueuse du côlon » moins mobile, moins sujette aux déplacements ; une moitié gauche généralement rectiligne, « anse gastrocolique » mobile avec l'estomac et formant avec l'anse précédente un angle variable, quelquefois un U ou un V, suivant le degré d'abaissement. Les moyens de fixité du côlon transverse sont peu considérables : son angle gauche seul présente une attache solide.

Dans les cas de ptose, les auteurs proposent de fixer l'angle gauche du côlon au niveau de la face interne de la 9e côte, sur la ligne axillaire, et même de fixer le côlon transverse à la paroi abdominale, non seulement au niveau de ses angles, mais au niveau de sa portion moyenne qui peut tomber très bas, par suite de l'allongement du méso et en dépit de la fixité de ses angles. MAUBRAC.

S. RAMON Y CAJAL. Nouvelles contributions à l'étude histologique de la rétine (*Journ. de l'anat. et de la physiol., sept.-oct. 1896*).

Cet important mémoire, qui fait suite à l'ensemble des recherches de l'auteur non seulement sur la rétine, mais sur le système nerveux en général, a pour objet diverses questions dont nous indiquerons ici les plus importantes seulement.

Etudiant le développement des cônes et des bâtonnets, l'auteur arrive à cette conclusion que ce sont des cellules spéciales, différentes des cellules nerveuses et névrogliques, puisque, au contraire de ce qui arrive pour les neuroblastes, c'est l'expansion cellulifuge et non la cellulipète qui se forme tout d'abord. Cette antériorité du développement de telle expansion peut, en effet, devenir un critérium pour établir une distinction entre les cellules neuro-épithéliales sensitives et les cellules nerveuses centrales, et, à ce point de vue, on peut admettre, dans le système nerveux, trois classes de cellules aptes à transmettre les courants nerveux, à savoir : 1° celles qui engendrent en premier lieu leur expansion cellu-

lipète (cônes et bâtonnets, cellules gustatives) ; 2° celles qui commencent leur développement par l'émission de l'expansion cellulifuge (les cellules du type multipolaire) ; 3° celles qui semblent former en même temps l'expansion cellulipète et la cellulifuge (cellules bipolaires de la rétine, du ganglion de Corti, sensitives, etc.).

Un chapitre important est consacré aux fibres centrifuges étudiées dans la rétine des oiseaux ; ces fibres viennent se terminer entre les spongioblastes ou cellules amacrines. Il est difficile d'entrevoir le rôle physiologique de pareilles fibres, puisque nous ignorons entièrement la signification physiologique des spongioblastes ; mais, en tout cas, les dispositions anatomiques montrent que ces fibres transmettent leurs incitations à des groupes considérables de spongioblastes.

Ce travail se termine par un intéressant exposé de la question des prétendues anastomoses des expansions protoplasmiques, à l'examen de laquelle l'étude de la rétine est particulièrement favorable. A cet égard les préparations par le bleu de méthylène ont conduit parfois à des résultats différents de ceux obtenus par la méthode de Golgi. Si le premier mode de préparation donne des images qui en imposent sur l'existence d'anastomoses, cela dépend surtout de l'extrême altérabilité des cellules rétiniennes, c'est-à-dire de ce que, pendant le temps nécessaire à la fixation, par l'action de l'air, du réactif colorant, les prolongements protoplasmiques éprouvent des changements considérables qui modifient la forme et la position du dépôt colorant. Ces altérations consistent surtout en la production de varicosités coalescentes, tout d'abord sur les plus fines ramifications des expansions protoplasmiques, de sorte que, là où il n'y a même pas réellement contact, mais simple voisinage, les intumescences variqueuses arrivent au contact entre expansions de provenance diverse et donnent l'apparence de continuité. Au contraire, aussi bien dans la rétine que dans la moelle, le corps strié, la corne d'Ammon, etc., la méthode de Golgi et la méthode de Cox montrent la liberté absolue des arborisations nerveuses et protoplasmiques ; et la preuve qu'au delà du point où cesse l'imprégnation il n'existe pas de fibrilles demeurées non imprégnées et anastomosées en réseau, c'est que les expansions se terminent toujours dans les mêmes parages et avec la même forme. Du reste l'histogenèse montre que des corpuscules nerveux embryonnaires possèdent, dans les premières phases de leur développement, des expansions à terminaisons libres. M. DUVAL.

Étienne DE ROUVILLE. De la régénération de l'épithélium vésical (*C. R. Acad. des Sc., 28 déc. 1896*).

L'épithélium pavimenteux stratifié de la vessie ne repose pas sur une membrane basale ; rien ne sépare sa couche profonde du chorion muqueux ; bien plus, on constate toutes les formes de transition et de passage entre les cellules conjonctives et les cellules épithéliales. Les cellules conjonctives s'orientent par places suivant l'axe des épithéliales, à mesure qu'elles s'en rapprochent ; en certains endroits on voit de véritables fusées dirigées vers l'épithélium et se frayant un passage au travers des éléments conjonctifs voisins qu'elles écartent et refoulent de chaque côté. On voit dans ces formations sous-épithéliales de nombreux noyaux en division

amitotique, tandis que jamais on ne voit de divisions dans les cellules constitutives de l'épithélium bien différencié. L'auteur conclut de ces observations que le tissu conjonctif est ici la matrice de l'épithélium.

M. DUVAL.

Julius PLATO. Die interstitiellen Zellen des Hodens und ihre physiologische Bedeutung (Les cellules interstitielles du testicule et leur signification physiologique) (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLVIII*, *2*, *p. 280*).

Chez le chat, animal particulièremeut favorable à l'étude des cellules interstitielles du testicule, l'auteur a constaté que la paroi conjonctive des tubes séminifères est en certains endroits interrompue par la présence de trous, de canalicules, dont l'orifice interne correspond au pied d'une cellule de soutien et dans lesquels s'engagent des gouttelettes graisseuses, provenant, selon toute vraisemblance, des cellules interstitielles. On sait que ces éléments, répandus en plus ou moins grande quantité dans les espaces intercanaliculaires, sont remplis de grains graisseux. D'autre part, des granulations graisseuses se rencontrent également à l'intérieur même des tubes séminifères, notamment dans les spermatoblastes (cellules de soutien) et dans les spermatides. Elles semblent constituer un matériel de nutrition pour les spermatozoïdes en voie de développement. De la discussion des faits se dégage cette importante conclusion que les cellules interstitielles accumuleraient dans leur intérieur de la graisse et la transmettraient ensuite, au travers des canalicules dont il est question plus haut, aux cellules de soutien, de là aux spermatozoïdes en voie de développement. Ces éléments dont la signification restait encore obscure joueraient donc un rôle trophique de premier ordre lors de la spermatogenèse A. NICOLAS.

D. HANSEMANN. Ueber die sogenannten Zwischenzellen..... (Sur les soi-disant cellules interstitielles du testicule et leur signification en pathologie) (*Archiv für pathol. Anat.*, *CXLII*, *3*).

Chez la marmotte en sommeil hibernal, le tissu conjonctif du parenchyme testiculaire est vaguement fasciculé avec des cellules allongées et à faible corps cellulaire ; après le réveil et en pleine vie active, le même tissu conjonctif est formé de traînées de cellules polyédriques et à gros corps cellulaire (c. interstitielles).

Tandis que, chez l'enfant, les cellules interstitielles sont très nombreuses et très développées, on n'en trouve plus que quelques groupes dans le testicule de l'adulte. Elles ne semblent pas être en relation avec la spermatogenèse, mais dans certains états cachectiques (anémie pernicieuse, phtisie, cancer, syphilis), elle prennent une grande extension.

Ce sont ces cellules interstitielles qui seraient le point de départ des nombreux sarcomes dont le testicule est le siège. ÉD. RETTERER.

J. JANOSIK. Die Atrophie der Follikel und ein seltsames Verhalten der Eizelle (L'atrophie des follicules et évolution étrange des ovules) (*Arch. für mik. Anat. XLVIII*, *2*, *p. 169*).

Les faits exposés dans ce travail conduisent l'auteur à ces conclusions

importantes. L'œuf peut donner naissance alors qu'il occupe encore l'ovaire, et par un processus normal, à des globules polaires ou à des formations qui leur ressemblent entièrement. Ceci se produit surtout chez des animaux jeunes mais peut aussi s'observer dans des ovaires d'animaux âgés. Après que ces formations se sont constituées, l'ovule est capable de se diviser encore davantage, toujours dans l'ovaire, c'est-à-dire en l'absence de fécondation. Les segments résultant de cette division renferment un noyau. Le processus de multiplication peut aboutir ou bien à la formation d'un grand nombre de segments, qui possèdent tous un noyau et sont à peu près d'égale importance, ou bien à la formation de segments inégaux, aussi tous nucléés et possédant par suite la valeur de cellules. A côté de ces divisions véritables on observe en outre fréquemment la fragmentation des ovules (surtout chez les animaux âgés) ou bien leur désagrégation par morceaux. La division de l'ovule dans l'ovaire s'accompagne de la disparition de la membrane pellucide, comme cela arrive lors du développement normal, dans la trompe, après fécondation.

A. NICOLAS.

H.-K. CORNING. Ueber die erste Anlage der Allantois bei Reptilien (Sur la première ébauche de l'allantoïde chez les reptiles) (*Morphol. Jahrb.*, *XXII*, *p. 375*).

Chez les reptiles (lézard, couleuvre, orvet) l'ébauche de l'allantoïde est primitivement pleine et se forme aux dépens de la plaque primitive, épaississement de l'entoderme secondaire situé immédiatement en arrière de la bouche primitive. Ultérieurement, l'éminence allantoïdienne se creuse de cavités qui, à un certain stade, s'ouvrent par un canal dans l'intestin postérieur. Mais, de plus, et c'est là le point important des recherches de Corning, la cavité allantoïdienne, de bonne heure et même avant d'entrer en relation avec la cavité intestinale, se met en communication avec le cœlome et pour une longue durée de temps. On trouve encore cette communication, réalisée par un ou plusieurs orifices, chez des embryons de *Lacerta viridis* pourvus de seize protovertèbres. La signification de cette disposition si remarquable échappe à l'auteur.

A. NICOLAS.

A. FISCHEL. Zur Entwicklung der ventralen Rumpf-und der Extremitätenmuskulatur der Vögel und Säugethiere (Le développement de la musculature ventrale du tronc et de celle des extrémités chez les oiseaux et les mammifères) (*Morph. Jahrb.*, *XXIII*, *4*, *p. 544*).

La conclusion générale de ce travail est que chez les oiseaux et les mammifères l'angle ventral du myotome dans toute son étendue produit d'une façon diffuse des cellules qui vont se mélanger aux éléments conjonctifs de la somatopleure. Chez les sélaciens, téléostéens, amphibiens et reptiles, au contraire, ce même angle subit une différenciation spéciale et émet des bourgeons pleins, les bourgeons musculaires. Le développement général de la musculature se fait ainsi de la façon suivante :

La musculature primaire ou dorsale du tronc dérive dans toutes les classes de vertébrés de la lame interne du myotome ; la musculature

ventrale et celle des extrémités se développent d'une manière toute différente. Tandis que chez les sélaciens, téléostéens, amphibiens et reptiles elle se constitue aux dépens de prolongements de l'angle ventral des myotomes, les bourgeons musculaires ; chez les oiseaux et les reptiles, elle naît dans la masse cellulaire compacte, périphérique, du bourrelet de Wolff, formée non pas par des bourgeons musculaires mais par un mélange de cellules somatopleurales et de cellules émigrées des myotomes. Ce n'est qu'en se fondant sur ce que l'on sait du développement de la musculature chez les animaux inférieurs et sur son arrangement métamérique, que l'on peut penser que les éléments provenant du myotome sont aussi, chez ces animaux, oiseaux et mammifères, les cellules formatives des muscles. A. NICOLAS.

Ch. DEBIERRE et L. LEMAIRE. Les muscles spinaux postérieurs (muscles des gouttières vertébrales; leur valeur morphologique (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, *nov.-déc. 1896*).

Les muscles spinaux postérieurs, qui dérivent des segments musculaires (myotomes, plaques musculaires) ont encore conservé leur caractère musculaire et on peut retrouver leur disposition typique de chevrons musculaires. Si, à première vue, ils ont l'aspect de longs muscles bien individualisés, on constate, en les décomposant avec soin, qu'ils sont formés d'une série de faisceaux musculaires courts, sautant en un, deux ou plusieurs segments vertébraux.

En effet, le sacro-spinal (masse commune) se divise en deux muscles : un externe, le sacro-lombaire ou iléo-costal qui représente un intercostal commun postérieur (le cervical ascendant est sa portion cervicale), et un interne, le long dorsal, qui est un épino-costal, un épino-transversaire et un intertransversaire, continue au cou par le transvervaire du cou et le petit complexus (qui sont des intertransvervaires). A l'épino-transversaire appartient aussi le splénius (épino-transversaire du cou et de la tête).

D'autre part, le transversaire épineux est le même sur toute l'étendue de la colonne vertébrale (transversaire épineux commun), mais il s'est particulièrement individualisé dans la région lombaire et surtout dans la région cervicale où il constitue deux muscles superposés et recouverts d'une gaine particulière, le grand complexus (transversaire-épineux superficiel) et le transversaire épineux du cou (transversaire épineux commun ou transversaire épineux profond). M. DUVAL.

Mathias DUVAL. Études sur l'embryologie des cheiroptères (suite) (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *janv. 1897*).

Cette suite aux mémoires précédemment analysés (*R. S. M.*, XLVII, p. 1 ; XLIX, p. 16) consiste essentiellement en une description minutieuse d'embryons appartenant à la période de formation de l'amnios, descriptions servant comme de pièces justificatives aux considérations générales que l'auteur a précédemment formulées ; par suite ce mémoire échappe presque complètement à l'analyse. Deux faits intéressants sont

cependant à relever. L'un est relatif à une disposition particulière des plis amniotiques au moment de leur occlusion, disposition qui présente une homologie parfaite avec ce que l'auteur avait, dans une autre série de mémoires, décrit sous le nom de *cavité de l'ectoplacenta* (faux amnios de Selenka) chez certains rongeurs. L'autre est relatif à l'origine des îlots sanguins ou premiers germes vasculaires ; une série d'observations montre que ces productions dérivent bien réellement de l'endoderme, ainsi que l'auteur l'avait déjà indiqué pour le poulet, et non du mésoderme, comme l'avaient cru et comme le pensent encore un grand nombre d'embryologistes.

A. C.

E. LAUNOIS et A. BRANCA. Étude sur la troisième dentition chez l'homme (*Journ. de l'anat. et de physiol., sept.-oct. 1896*).

A propos d'un sujet qui avait perdu toutes ses dents à l'âge de 65 ans, et à l'autopsie duquel (mort à 94 ans) on trouva une dent atrophique englobée dans le maxillaire inférieur, au niveau de l'ancienne première molaire, les auteurs passent en revue les divers exemples authentiques de troisième dentition chez l'homme, et font valoir les raisons qui doivent faire interpréter dans le même sens le cas en question, ainsi que deux autres observations nouvelles. Ils montrent que, de par l'embryologie, pour qu'il y ait dent surnuméraire, il faudrait qu'il y eût deux germes de la dent définitive greffés sur le cordon épithélial de la dent caduque correspondante, tandis qu'une dent de troisième dentition résulte au contraire de l'évolution naturelle du germe émané du cordon de la dent permamente; mais cette distinction leur paraît tellement théorique, qu'ils déclarent que dent surnuméraire ou dent de troisième dentition sont tout un : en effet, les deux organes sont issus d'un processus identique ; il s'agit dans les deux cas d'un bourgeon épithélial, ou germe d'attente, qui peut ne pas évoluer, et qui, s'il évolue, peut donner naissance ou bien à une simple anomalie dentaire ou bien à de véritables tumeurs dentaires.

M. DUVAL.

PHYSIOLOGIE.

E. WERTHEIMER et L. LEPAGE. Sur les mouvements des membres produits par l'excitation de l'hémisphère central du côté correspondant (*Arch. de physiol., p. 168, 1897*).

L'excitation de la zone motrice corticale, en certains points, provoque non seulement des mouvements du côté opposé, mais du même côté (mouvements homolatéraux). Cette propagation s'opérerait par les commissures transverses de la moelle, au moyen du faisceau pyramidal

croisé (Lewaschew, Fr. Franck, Peters). Mais ces réactions homolatérales persistent encore après qu'on a empêché cette transmission par des sections appropriées. Les auteurs admettent des relations directes de chaque hémisphère avec la moitié de la moelle du côté correspondant, soit que ces relations s'établissent par la subdivision de la pyramide en deux faisceaux, l'un croisé, l'autre direct, soit que, persistant alors même que la pyramide est sectionnée, ou que le corps calleux est divisé, elles ne puissent s'expliquer que par la mise en jeu du cervelet et des organes de la base, du côté opposé, ou même, enfin, par une autre espèce inconnue de communication directe. DASTRE.

A.-N. VITZOU. La néoformation des cellules nerveuses (*Arch. de physiol., p. 29, 1897.*)

Le cerveau, chez le jeune singe, possède le pouvoir de réparer la perte de substance opérée dans son propre tissu et de récupérer, par là, une partie de ses propriétés anatomiques et physiologiques. Le retour fonctionnel du sens de la vue, perdue par l'ablation totale des lobes occipitaux, a eu pour cause la néo-formation d'une substance de nature nerveuse, c'est-à-dire de cellules et de fibres nerveuses. DASTRE.

P. LANGLOIS. Radiation calorique après traumatisme de la moelle épinière (*Arch. de physiol., VI, p. 313*).

Les recherches calorimétriques montrent qu'après traumatisme de la moelle (section ou hémisection), sauf de rares exceptions, la radiation calorique est augmentée (vaso-dilatation périphérique) dans les premières heures qui suivent l'opération. La production de chaleur, elle-même est accrue quelquefois (hémisection) de manière à annihiler les pertes par radiation. La diminution de la thermogenèse est la règle dans le cas de section complète. DASTRE.

L. HALLION et Ch. COMTE. Sur les réflexes vaso-moteurs bulbo-médullaires dans quelques maladies nerveuses (*Arch. de physiol., VII, p. 90*).

On connaît les réflexes vasculaires locaux succédant à une irritation mécanique (raie méningitique, dermographisme). Il s'agit ici des réflexes vasculaires généraux succédant à une irritation locale. Par exemple, si l'on excite le dos de la main d'un côté, on constate (avec le pléthysmographe digital) une constriction musculaire réflexe du côté opposé. Le phénomène s'observe encore chez l'hystérique à anesthésie totale et complète. Dans ce cas, le système vaso-moteur paraît entièrement normal. L'anesthésie hystérique serait un simple trouble de la perception consciente. Mêmes phénomènes normaux dans le sommeil hypnotique : vaso-constriction répondant à l'excitation, ou consécutive à l'émotion. Dans la maladie de Basedow, il y a encore conservation du pouvoir réflexe vaso-moteur bulbo-médullaire. Au contraire, dans la syringomyélie, ce pouvoir a disparu, par suite de l'altération probable du trajet nerveux reliant le centre bulbo-médullaire aux organes. Même absence

dans le cas de névrite traumatique avec zone d'anesthésie lorsqu'on excitait la zone anesthésiée. Au contraire, conservation des réflexes vasculaires chez des sujets atteints de sclérose en plaque. Dans les anesthésies de cause organique, périphérique (névrite) ou médullaire (syringomyélie), les réflexes vaso-constricteurs sont abolis, tandis qu'ils sont conservés dans l'anesthésie corticale (hystérie). Il n'y a pas de relation entre l'état des réflexes vaso-constricteurs et celui des réflexes des muscles striés, non plus qu'entre les réflexes vasculaires locaux et généraux. DASTRE.

CH. CONTEJEAN. Le choc nerveux et l'inhibition des échanges (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 643*).

Le choc nerveux arrêterait les échanges nutritifs et laisserait le sang rutilant (J. Hunter, Brown-Séquard, etc.). Chez la grenouille à tête écrasée, on peut injecter une grande quantité de strychnine sans provoquer de convulsions. Ce fait, interprété par Roger comme preuve de l'arrêt des échanges entre le sang et les tissus, s'explique simplement par la destruction de la circulation médullaire, du même coup qui supprime la circulation cérébrale. Si l'opération est faite de manière à respecter la circulation médullaire, la strychnine conserve son activité toxique. Enfin, l'écrasement de la tête a ordinairement pour effet l'inhibition du pouvoir réflexe de la moelle épinière ; elle fait cesser, par exemple, des convulsions strychniques battant leur plein, et cela définitivement. DASTRE.

Ch.-A. FRANÇOIS-FRANCK. Fonctions réflexes des ganglions du grand sympapathique (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 717*).

Cl. Bernard a montré la propriété réflexe du ganglion sous-maxillaire, propriété contestée en vertu d'objections ultérieurement détruites. Sokowin (1874-1875) a montré la propriété réflexe du ganglion mésentérique inférieur pour les mouvements de la vessie, fait contesté, puis encore établi définitivement par Langley et Anderson (1894). Fr. Franck (1878) signala la fonction réflexe du ganglion ophtalmique pour les mouvements de l'iris. Enfin, pour le ganglion thoracique supérieur ou ganglion étoilé, l'excitation centripète de la branche antérieure gauche de l'anneau de Vieussens se transformerait dans le ganglion étoilé en une excitation motrice transmise par la branche postérieure de l'anneau; celle-ci provoque la constriction réflexe des vaisseaux de l'oreille, de la glande sous-maxillaire, de la muqueuse nasale, enfin des effets cardio-vasculaires. DASTRE.

I. et II. — FRANÇOIS-FRANCK. Recherches sur l'innervation vaso-motrice du pénis (1er et 2e Mémoires) (*Arch. de physiol.*, *VII*, *p. 122 et 138*).

I. — L'auteur signale la facilité d'application au pénis des appareils volumétriques et manométriques. Il montre l'action vaso-dilatatrice des filets mésentériques descendants (connus comme vésico-rectaux) et l'action vaso-constrictive du nerf honteux interne (centripète). Les nerfs mésentériques

inférieurs renferment aussi des vaso-constricteurs associés aux dilatateurs prédominants; les honteux internes, surtout vaso-constricteurs, renferment aussi des dilatateurs venant du plexus hypogastrique. Les nerfs érecteurs sacrés de Eckhard sont surtout dilatateurs. L'érection est de provenance artérielle (vaso-dilatation active); l'action musculaire des muscles du périnée, saccadée d'abord, puis tonique, intervient ensuite pour retenir le sang veineux dans les corps caverneux et transforme la vaso-dilatation en véritable rigidité.

II. — Dans le second mémoire l'auteur fait l'étude topographique des nerfs péniens. Voici ses conclusions : L'appareil vaso-moteur pénien n'est pas compris tout entier, comme disent les classiques, dans les nerfs érecteurs sacrés de Eckhard. Le sympathique lombaire et les nerfs honteux internes en font également partie. L'analyse graphique permet d'établir l'action vaso-dilatatrice et vaso-constrictive de ces différents nerfs, au moyen des méthodes volumétrique et manométrique artérielle et veineuses locales. Elle montre l'action vaso-dilatatrice directe des deux nerfs érecteurs de Eckhard, surtout du nerf érecteur postérieur; celle des nerfs descendants du plexus mésentérique inférieur et des branches afférentes du plexus hypogastrique aboutissants de ces filets lombo-sacrés. De même, sont dilatatrices les anastomoses fournies au honteux interne par le plexus hypogastrique. Les vaso-constricteurs sont associés aux précédents dans les mêmes cordons: on les retrouve dans le sympathique lombaire (filets mésentériques inférieurs) dans la branche antérieure des nerfs érecteurs, et dans le nerf honteux à son origine. DASTRE.

MORAT et DUFOURT. Les nerfs glyco-sécréteurs (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 371*).

Les deux effets de la piqûre diabétique (dilatation des vaisseaux des viscères, hyperglycémie) sont-ils subordonnés ou indépendants? L'excitation de la piqûre descend par la moelle, en sort par les splanchniques pour aller au foie. D'autre part, l'excitation des splanchniques contracte les vaisseaux de l'abdomen et restreint la circulation hépatique, et cela, pendant tout le temps qu'elle se maintient, 5, 10, 15 minutes ou davantage, qu'elle soit faite directement par l'électricité ou par l'intermédiaire de la moelle (excitation asphyxique). Or, dans ces circonstances, le glycose augmente dans le sang; il y a hyperglycémie. (Le diabète asphyxique cesse après la section des grands splanchniques.) On voit, par ce qui précède, l'excrétion sucrée du foie dans le sang augmenter alors que la circulation se restreint. La sécrétion et la circulation sont gouvernées par des nerfs propres et indépendants. La transformation du glycogène du foie en glucose peut s'exécuter sans l'intermédiaire de la circulation, par l'action directe de nerfs véritablement sécréteurs, excités par les centres, nerfs glyco-sécréteurs. DASTRE.

A. BINET et P. SOLLIER. Recherches sur le pouls cérébral (*Arch. de physiol.*, *VII*, *p. 719*).

On note le pouls cérébral chez une femme ayant subi une perte osseuse du frontal laissant à découvert une surface fermée par la dure-mère. On

étudie l'influence des attitudes du corps, de la respiration, ce qui conduit à vérifier les faits indiqués à cet égard par Mosso, Fr. Franck et Brissaud, etc., et enfin l'influence des actes psychiques. Les auteurs constatent que le travail intellectuel produit une légère augmentation du volume du cerveau. DASTRE.

Ph. BOTTAZZI. The oscillations of the auricular tonus in the batrachian heart with an theory on the function of sarcoplasma in muscular tissues (*The Journ. of phys.*, *XXI*, *p. 1*).

Les oreillettes du cœur se contractent et la ligne des contractions présente des ondulations régulières, ondulations d'ensemble qui traduisent des variations régulières du tonus. C'est là un fait aperçu par Fano. L'auteur admet que ces oscillations ne s'aperçoivent que dans les fibres lisses ou le tissu cardiaque, c'est-à-dire dans les muscles qui présentent à côté de la substance anisotropique une substance sarcoplasmatique.

Ces oscillations seraient dues à la contraction et à l'expansion du sarcoplasma des cellules musculaires ; ces deux phases étant indépendantes comme elles le sont dans les pseudopodes des amibes. Elles manquent en même temps que le sarcoplasma devient rare dans les muscles striés. L'auteur étend sa théorie à l'explication du phénomène de l'escalier de Bowditch et, en général, de tous les phénomènes de l'addition des contractions et du tétanos. La contraction tonique lente du sarcoplasma sert de base aux contractions rapides de la substance anisotropique.

DASTRE.

Th.-W. ENGELMANN. Ueber den myogenen Ursprung, etc. (L'activité du cœur a son origine dans le muscle même, et l'excitabilité automatique est une propriété normale des filets nerveux périphériques) (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXV, p. 535*).

L'activité du cœur chez les animaux, avec toutes ses manifestations, automatie, rhythmicité, propagation, coordination, que l'on attribuait autrefois au système ganglionnaire intra-cardiaque sont de pures manifestations musculaires. Le système nerveux n'a qu'une fonction accessoire.

C'est à la démonstration de cette vérité qu'est consacré cet important mémoire qui résume un grand nombre de travaux contemporains sur le fonctionnement du cœur. DASTRE.

Ch. ROUGET. Le tétanos du cœur (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 397*).

Il est possible de déterminer chez certains animaux et dans des conditions précises, le tétanos du cœur en excitant les nerfs vagues. C'est ce qui se produit, chez la tortue, lorsque l'on excite la pneumogastrique à la partie supérieure ou moyenne du cou ; on a un arrêt, non en diastole, mais en contraction soutenue. De même, chez les lapins curarisés et chez les grenouilles curarisées. Les graphiques de ces tétanos ressemblent à des systoles prolongées (Kronecker), à un tétanos tonique (Ranvier); c'est une ligne régulièrement ascendante, succédant à la diastole et terminée par le tracé brusque d'un sommet de systole, et enfin un tétanos

formé, comme le veut Marey, d'une fusion de plusieurs secousses. Ces trois formes de tétanos se rencontrent d'ailleurs dans les muscles striés de la vie animale chez les tortues et les crabes. On y observe les mêmes trois phases de la lutte entre le raccourcissement et l'allongement.

DASTRE.

D. COURTADE. Contribution à l'étude de la fonction rythmique du cœur (*Arch. de physiol., p. 69, 1897*).

1° Le ventricule du cœur de la grenouille est inexcitable non seulement au début, mais encore pendant la plus grande partie de la systole par les courants faibles et moyens. Les contractions ventriculaires que l'on voit se produire et qui paraissent précédées d'une longue période latente ne sont pas le fait d'une excitation directe du ventricule, mais succèdent à des systoles de l'oreillette, systoles provoquées elles-mêmes par excitation dérivée. 2° C'est du sinus veineux que part l'ordre de la contraction pour les différentes parties du cœur; après l'excitation, soit auriculaire, soit ventriculaire, l'ordre donné par la première contraction du sinus qui suit l'extra-contraction n'est pas obéi par suite de l'inhibition du cœur. On observe alors une pause dans les battements auriculo-ventriculaires. Mais l'inhibition dure très peu et la deuxième contraction du sinus fait rentrer le cœur à l'état normal. DASTRE.

L. HALLION et Ch. COMTE. Sur la forme du pouls total fournie par le pléthysmographe (*Arch. de physiol., p. 96, 1897*).

En l'absence de modifications locales, les variations du pouls capillaire sont, en général, identiques à celles du pouls artériel : elles ont la même signification. Les conditions locales qui peuvent modifier le pouls capillaire sont : la contraction des artérioles du réseau exploré, les variations de l'écoulement veineux et les changements de position de l'organe par rapport au reste du corps. Ces modifications portent sur l'amplitude de la pulsation et le plus ou moins grand effacement de ses saillies.

DASTRE.

I. — E. WERTHEIMER. Influence de la respiration sur la circulation veineuse des membres inférieurs (*Arch. de physiol., VII, p. 107*).

II. — C. DELEZENNE. Sur les variations de la pression veineuse (*Ibid., p. 170 et 315*).

I. — Il s'agit de savoir si les mouvements respiratoires font sentir leur influence sur la circulation veineuse, en dehors du thorax, dans les membres supérieur et inférieur. Cette influence, a été niée par les auteurs anciens, Poiseuille, Jacobson, etc. Chez l'homme, Mosso a constaté que le volume du membre inférieur augmente à l'inspiration (pression abdominale par abaissement du diaphragme) et diminue à l'expiration. Les mouvements respiratoires, d'après cela exerceraient une action inverse sur les circulations veineuses sus-diaphragmatique et sous-diaphragmatique.

C'est l'aspiration pleurale qui accélère le cours du sang veineux pendant l'inspiration. Il y a aspiration thoracique. L'auteur prétend, contre les précédents, que l'aspiration thoracique fait sentir normalement ses effets jusque dans les veines fémorale et saphène.

II. — L'auteur inscrit simultanément le volume du rein et la pression dans la veine rénale. Ces deux courbes fournissent des indications concordantes. Par exemple, l'excitation des nerfs sensibles, la réfrigération du tégument externe, l'asphyxie, l'injection de strychnine déterminent une constriction des vaisseaux du rein.

L'excitation des nerfs sensibles, qui contracte le rein et les viscères abdominaux, dilate les vaisseaux de la peau et des muscles comme l'ont montré Ostroumoff, Heidenhain et Grützner (1876); de même pour la réfrigération de la peau, de même pour l'asphyxie ; de même pour la strychnine. Dans ces conditions l'auteur constate le fait en étudiant la pression dans la veine fémorale. Elle se comporte à l'inverse de la veine rénale. DASTRE.

E. GLEY. Recherches sur les actions vaso-motrices de provenance périphérique (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 702*).

La section complète du bulbe ne faisant pas tomber la pression artérielle à son point minimum, on en a conclu qu'il existait, en outre du centre vaso-moteur bulbaire, d'autres centres médullaires. Des sections successives au-dessous de la première montrent de nouvelles baisses de pression. Gley retrouve le même fait en détruisant la moelle par le courant d'eau chaude à 45°-55° et en corrigeant la baisse du cœur par une injection d'eau salée.

Chez l'animal, ainsi privé de moelle, on observe encore des variations du calibre des vaisseaux et des réactions vaso-motrices sous l'influence de diverses substances. La strophantine et l'anagyrine provoquent des réactions motrices vasculaires après la destruction du système nerveux central. (Centres vaso-constricteurs périphériques de Huizinga.) L'action porte bien sur les ganglions périphériques et non sur le muscle vasculaire lui-même, car elle est supprimée par le chloral, lequel est sans action sur les muscles mêmes. DASTRE.

E. WERTHEIMER. Influence de la réfrigération de la peau sur la circulation des membres (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 724*).

La formule classique c'est que, sous l'influence du froid le sang abandonne la peau et se réfugie dans les viscères profonds. Cette donnée s'est trouvée contredite pour le rein. Les expériences de l'auteur montrent que ce sont les vaisseaux abdominaux qui se rétrécissent en réalité et les vaisseaux de la périphérie qui se dilatent ; les membres se congestionnent.

C'est l'inverse de l'opinion admise et courante. C'est surtout dans les muscles que se réfugie l'excès de sang, et ce fait correspondrait au frisson. En même temps il favoriserait la défense de l'organisme, comme font les deux précédents, à savoir : la constriction des vaisseaux de la

peau qui diminue les pertes périphériques ; la constriction des viscères profonds qui a pour effet de conserver leur température. DASTRE.

J. HALDANE et S. Lorrain SMITH. The oxygen tension of arterial blood (*The Journ. of phys.*, *XX*, *p. 497*).

La tension de l'oxygène dans le sang artériel de l'homme au moment où il quitte le poumon est d'environ 26,2 0/0 d'atmosphère, c'est-à-dire de 200 millimètres de mercure. La diffusion seule est incapable d'expliquer le passage de l'oxygène de l'air des alvéoles pulmonaires dans le sang. DASTRE.

A. TCHEREVKOFF. Recherches sur le ferment amylolytique du sang (*Arch. de physiol.*, *VII*, *p. 629*).

Le ferment saccharificateur (hémodiastase) préexiste dans le sang. Il y est d'ailleurs en quantité faible. Le pouvoir saccharificateur (quantité de ferment) n'augmente pas dans le sang à mesure que l'on s'éloigne du moment de la prise. Il diminue, au contraire, sensiblement. Le ferment passe, pour la plus grande partie, dans le sérum du sang coagulé. Le sang que l'on empêche de coaguler au moyen de l'oxalate de sodium conserve son ferment pendant assez longtemps (10 jours). La présence de l'oxalate n'empêche point son action. DASTRE.

G. VIOLA et G. IONA. Recherches expérimentales sur quelques altérations du sang après la saignée (*Arch. de physiol.*, *VII*, *p. 37*).

Les globules du sang perdent plus ou moins facilement leur matière colorante dans des solutions salines, suivant leur âge variable. Ceux de nouvelle formation résistent le mieux, ils sont en petit nombre. Les plus vieux, également en petit nombre, résistent le moins ; la grande masse de ces globules offre une résistance moyenne. La résistance parfaite constitue l'isotonie de la solution.

L'alcalinité du sang décroît rapidement après la saignée (l'action commence après quelques minutes, est maxima après deux heures, rétablie après cinq heures) par suite de l'afflux de lymphe des tissus, chargée des acides de désassimilation. La résistance des globules rouges diminue par suite de la perte de matières fixes qu'ils subissent. Après quelques jours elle se relève.

L'activité des organes hématopoiétiques se fait sentir exclusivement sur le groupe jeune, y déterminant augmentation ou diminution de la résistance. L'activité des organes destructeurs se fait sentir sur les autres groupes. DASTRE.

J. ABELOUS et G. BIARNÈS. Sur le pouvoir oxydant du sang et des organes (*Arch. de physiol.*, *VII*, *p. 195*).

Le sang peut oxyder l'aldéhyde salicylique et ce pouvoir oxydant ne peut être attribué à l'alcalinité du sang, ni à [illegible]noglobine, ni aux héma-

ties. Il dépend d'une diastase oxydante. Mais les sang de différents animaux ne sont pas également actifs ; ce sont les sangs des animaux jeunes qui le sont le plus ; sont inactifs les sangs de cheval, bœuf, truie, mouton, chien. Les auteurs se demandent si cette propriété oxydante est répartie uniformément dans tout l'organisme ou localisée dans certains organes ; ils essayent de mesurer le pouvoir oxydant de ces organes en déterminant la quantité d'acide salicylique que peut former un poids déterminé de ces organes mis en présence de l'aldéhyde salicylique.

Les résultats confirment l'opinion de Jaquet, que l'action oxydante est due à une oxydase détruite à 100°, agissant en présence du fluorure de sodium qui supprime la vitalité des éléments anatomiques. Ce ferment existe dans le sang des animaux, surtout jeunes. Il est irrégulièrement réparti dans l'organisme et plus spécialement localisé dans certains organes, foie, poumon, rate. Et dans ces organes mêmes plus énergique chez les jeunes que chez l'adulte. DASTRE.

J.-E. ABELOUS et G. BIARNÈS. Sur le pouvoir oxydant du sang (*Arch. de physiol., VI, p. 591*).

Jaquet (1892) a constaté que les tissus peuvent oxyder l'alcool benzylique ou l'aldéhyde salicylique au moyen d'un ferment soluble. Il crut que le sang ne pouvait pas réaliser le même phénomène, tandis que Salkowski (1892) démontrait qu'il en est capable. Les auteurs vérifient le résultat. Le sang peut oxyder l'aldéhyde salicylique à la condition que la température soit assez élevée (35°), si on agite ce sang avec l'air ou qu'on le fasse traverser par un courant d'air. Le pouvoir oxydant n'est pas le même pour le sang d'animaux différents. Le sang de veau est celui qui oxyde le plus énergiquement. Cette oxydation n'est pas due à l'alcalinité. Elle n'est pas due à la vie des globules, puisqu'elle a lieu dans le sang fluoré ; elle n'est pas due à l'hémoglobine, puisqu'elle se produit dans le sérum. Les organes (poumons, reins) présentent aussi et à un plus haut degré, ce pouvoir oxydant vis-à-vis de l'aldéhyde salicylique. DASTRE.

J.-E. ABELOUS. Toxicité du sang et des muscles des animaux fatigués (*Arch. de physiol., VI, p. 433*).

Si l'on injecte dans les veines d'un chien normal, endormi par la morphine, le sang d'un autre chien tétanisé pendant un certain temps, on observe des symptômes respiratoires et cardiaques (anhélation, accélération). Le chien paraît fatigué comme celui qui a fourni le sang. Avec du sang normal rien de pareil. Si l'injection de sang fatigué est faite à un animal ayant subi la double capsulectomie, celui-ci ne survit que peu ; il survit moins que cela n'aurait eu lieu. De même le sérum des animaux tétanisés est toujours toxique pour les grenouilles acapsulées et fréquemment pour les grenouilles normales.

La majeure partie des substances qui donnent au sang et aux muscles des animaux fatigués leur toxicité sont solubles dans l'alcool ; elles sont réductrices (leucomaïnes xanthiques et créatiniques). Ce n'est pas à l'acide lactique qu'est due cette toxicité. DASTRE.

Benno LEWY. Die Reibung des Blutes (Le frottement du sang) (*Archiv f. die ges Phys.*, *LXV*, *p. 447*).

L'auteur s'est proposé de décider si la loi de Poiseuille est applicable au sang et de déterminer le coefficient de frottement du sang. Il constate d'abord que la quantité de sang défibriné qui, dans l'unité de temps, traverse un capillaire horizontal, est directement proportionnelle à la pression employée pour produire le mouvement. La formule mathématique de Poiseuille s'y applique pour autant que l'on empêche le dépôt des globules de se produire. Le coefficient de frottement du sang est 0.00025 au lieu de 0.000070 pour l'eau, soit en moyenne 3,5 fois plus grand. C'est au plus la 14e partie de la pression totale du sang qui est employée au passage dans les capillaires. Les veines n'en consomment pour ainsi dire pas. Ce sont les petites artères qui en dépensent le plus : dans les véritables capillaires la pression est relativement faible. La théorie de Poiseuille rend un compte suffisant des phénomènes. DASTRE.

A. DASTRE et N. FLORESCO. Contribution à l'étude du ferment coagulateur du sang (*Arch. de physiol.*, *p. 216*, *1897*).

1° L'énergie du ferment coagulateur (fibrin-ferment, thrombase) s'apprécie par la rapidité de la coagulation et la consistance du caillot. Dans les milieux ou le ferment est peu actif, le caillot se forme en sac ou en réseau; il est exposé à subir la fibrinolyse ; 2° Pour éprouver le ferment coagulateur, il faut employer non pas les sangs eux-mêmes, mais les divers plasmas : plasma naturel (sérosité péritonéale, péricardiaque) plasma de peptone, plasma de peptone hépatique, absolument débarrassés par centrifugation de tout élément figuré; 3° La neutralisation par un acide quelconque permet ou accélère la coagulation qui, dans le milieu alcalin naturel, ferait défaut ou serait retardée. La neutralité de la liqueur constitue une condition de milieu qui exalte ou favorise l'activité du fibrin-ferment; 4° Le sang de l'animal qui a reçu une injection suffisante de peptone; les plasmas de ce sang contiennent du ferment coagulateur libre, en nature; 5° Le sang de peptone est plus alcalin que le sang normal; 6° La coagulation du sang et des plasmas fait intervenir, outre les trois facteurs connus : fibrinogène, ferment, sel soluble de chaux, une quatrième condition ; à savoir : une certaine composition minérale du milieu, un certain équilibre salin, qui s'exprime par la neutralité du milieu. DASTRE.

N. PAULESCO. Recherches sur la coagulabilité du sang hépatique (*Arch. de phys.*, *p. 21*, *1897*).

Chez les animaux à jeun depuis deux à plusieurs jours, la coagulation du sang sortant du foie se fait, à peu de chose près, simultanément à celle du sang veineux de la circulation générale et à celle de la veine porte. Les écarts maxima ont été les suivants : sang de la veine porte, 3 minutes; sang du foie, 8 minutes; sang veineux général, 9 minutes. Chez les chiens en digestion on observe un retard dans la coagulation du sang

hépatique et un retard plus considérable pour la veine porte. Exemple : sang veineux, 5 minutes; sang hépatique, 15 minutes; sang de la veine porte, 50 minutes. Les quantités de fibrinogène, ou, en général, de fibrine varient peu dans ces trois espèces de sangs. DASTRE.

J.-E. ABELOUS. Contribution à l'étude de l'action de la propeptone et de la peptone sur la circulation (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 53*).

La propeptone et la peptone ont une action sensiblement analogue et manifeste sur la circulation. Elles déterminent une chute passagère, plus ou moins durable, plus ou moins marquée de la pression artérielle, chute coïncidant avec une dilatation des vaisseaux abdominaux. Cette vasodilatation abdominale est en partie réflexe, en partie due à une action directe sur les centres nerveux. On observe aussi très souvent, mais pas toujours, une diminution de fréquence du rythme cardiaque, et cela, malgré l'abaissement simultané de la pression sanguine. Cette modification du rythme cardiaque a une double origine : excitation du centre cardiaque modérateur bulbaire, excitation directe de l'appareil modérateur intra-cardiaque, cette dernière action étant mise en lumière par l'examen du cœur séparé de la tortue. DASTRE.

GLEY et PACHON. Recherches concernant l'influence du foie sur l'action anticoagulante des injections intra-veineuses de propeptone (*Arch. de physiol.*, *1896*, *p. 715*).

Toute cause qui diminue ou supprime le fonctionnement hépatique diminue ou suspend l'action anti-coagulante de la peptone. En premier lieu, il faut signaler la ligature des lymphatiques du foie qui, amenant une obstruction lymphatique, réagit mécaniquement sur le fonctionnement des cellules hépatiques; 2° la destruction des cellules hépatiques par injection dans le canal cholédoque d'une solution d'acide acétique à 2.5 0/0 ; 3° l'extirpation de ganglions cœliaques (Contejean) ou l'injection dans chacun d'eux de 4 gouttes d'une solution de cocaïne à 5 0/0 : la section de la moelle cervico-dorsale, toutes actions inconstantes; 4° extirpapation du foie par ligature élastique placée à la base de chaque lobe, la ligature de la veine-porte n'empêchant pas l'action anticoagulante de la peptone; 5° la circulation artificielle dans le foie de sérum peptonisé donne lieu à la production d'une substance anticoagulante, ainsi que l'a montré Delezenne. DASTRE.

I. — A. DASTRE. Fibrinolyse : digestion de la fibrine fraîche dans les solutions salines faibles (*Arch. de physiol.*, *VII*, *p. 408*).

II. — Le même. Préparation de la fibrine fraîche exempte de microbes (*Ibid.*, *p. 585*).

I. — Les solutions faibles de sels neutres (de 7 à 20 0/00), chlorures, iodures, digèrent la fibrine fraîche, ainsi que le font les solutions fortes, c'est-à-dire en produisant à ses dépens la *fibro globuline* α, la *fibro globuline* β et des propeptones.

Cette transformation est indépendante de l'action des microorganismes ou des ferments solubles connus. Elle explique, entre autres, le phénomène de la disparition partielle de la fibrine que l'on abandonne pendant quelque temps au contact de son sang générateur, c'est-à-dire la fibrinolyse.

II. — L'auteur s'est proposé d'obtenir de la fibrine exempte de microbes, ce qui oblige à recueillir le sang d'une manière aseptique dans un appareil préalablement stérilisé ; à l'y défibriner aussitôt par battage ; à évacuer le sang défibriné et à laver la masse fibrineuse à l'eau stérilisée, tout cela à l'abri des germes de l'air. Il y aurait dans le sang des ferments protéolytiques absolument distincts de la pepsine et de la trypsine et plutôt analogues à la papaïne. DASTRE.

M. ARTHUS. Sur la fibrine (*Arch. de physiol., VI, p. 552*).

Il est possible d'obtenir une formation partielle de la fibrine dans un plasma sanguin oxalaté en fournissant à ce plasma une faible quantité de sels de chaux dissous et d'obtenir une nouvelle formation de fibrine par addition d'une nouvelle quantité de sel calcique.

Dans des conditions convenables, les quantités de fibrine fournies par un plasma oxalaté croissent avec la quantité de sel de calcium fournie à ce plasma. DASTRE.

W.-H. THOMPSON. Action de la peptone sur le système vaso-moteur (*Arch. de physiol., p. 117, 1897*).

La peptone de Witte, depuis des doses de 10 milligrammes par kilog d'animal fait baisser la pression artérielle quand elle est injectée rapidement dans les vaisseaux chez le chien. Cet abaissement tient à une dilatation vasculaire et celle-ci résulte d'une action locale ou périphérique sur les vaisseaux. Aucune influence centrale n'a été constatée. Cette influence sur les vaisseaux n'est pas confinée à la région splanchnique, mais est généralisée à tous les vaisseaux du corps. L'appareil neuro-musculaire constricteur des vaisseaux est paralysé : les terminaisons nerveuses sont atteintes.

Quant à l'action de la peptone sur la coagulation : au-dessous de 5 milligrammes par kilog, il n'y a aucun effet ; avec des doses de 7 à 20 milligrammes il y a accélération de la coagulation ; au-dessus de 20 milligrammes il y a retard. DASTRE.

L. CAMUS. Recherches expérimentales sur les causes de la circulation lymphatique (*Arch. de physiol., VI, p. 669*).

La respiration a une action sur l'écoulement de la lymphe. Cette action n'est pas toujours suffisante pour provoquer l'écoulement, celui-ci pouvant se produire en dehors de toute respiration. Mais l'écoulement est modifié par le rythme et l'amplitude de la respiration ; de même, par les variations de la pression intra-thoracique ; toutefois l'écoulement peut encore avoir lieu, les deux cavités étant ouvertes, c'est-à-dire ayant une différence de pression nulle. L'aorte a une influence sur la circulation lymphatique,

mais cette influence n'est pas indispensable à l'écoulement de la lymphe. Elle peut normalement, par sa situation, y mettre obstacle. L'arrêt de la circulation aortique diminue toujours le courant lymphatique. DASTRE.

I. — L. CAMUS et E. GLEY. Recherches expérimentales sur l'innervation du canal thoracique (*Arch. de physiol., VII, p. 301*).

II. — Les mêmes. Influence du sang asphyxique sur la contractilité du canal thoracique (*Ibid., p. 328*).

I. — La citerne de Pecquet reçoit des filets dilatateurs qui lui arrivent par le tronc du splanchnique. Les auteurs montrent que le canal thoracique en reçoit aussi. Quant aux nerfs vaso-constricteurs, déjà signalés pour les voies lymphatiques, C. et G. les montrent en ce qui concerne la citerne de Pecquet. Les excitations sensitives produisent un réflexe dilatateur; l'asphyxie une action constrictive.

II. — L'excitation asphyxique détermine la contraction du canal thoracique comme celle de tout réservoir ou conduit contractile. La section du sympathique thoracique au-dessous du ganglion étoilé n'empêche pas l'asphyxie de produire son effet, bien que l'excitation de la chaîne au-dessous de la section détermine aussi une constriction. DASTRE.

Ch. RICHET. La mort du cœur dans l'asphyxie, chez le chien (*Arch. de physiol., 5e série, VI, p. 653*).

L'auteur opère sur des animaux anesthésiés par le chloralose qui n'atteint pas le cœur.

La rapidité des phases de l'asphyxie dépend de la température de l'animal. Il résiste 3 minutes si la température initiale est de 41°; 8 minutes si elle est de 34°,9; 16 minutes si elle est de 25°,5; cette durée s'accroît d'une minute par chaque degré d'abaissement thermique.

On sait que le ralentissement du cœur dans l'asphyxie est dû à l'action du pneumogastrique qui est excité à son centre bulbaire. L'intégrité des vagues, dans les conditions ordinaires de l'asphyxie, retarde le moment de la mort. L'auteur en donne une nouvelle démonstration en comparant ce qui ce passe alors à ce qui se passait précédemment. Le ralentissement du cœur par le vague est un procédé de défense de l'organisme.

Le cœur meurt vite chez le chien atropinisé et asphyxié. Ce qui fait la mort du cœur dans l'asphyxie, ce n'est pas la consommation de l'oxygène contenu dans la masse sanguine; ce serait la formation, par le fait de la contraction musculaire d'un poison qui serait détruit par l'oxygène; ou ce serait l'usure d'une substance qui ne pourrait se reproduire que par le fait de l'oxygène. L'asphyxie produit dans les centres nerveux des effets toxiques qui ne disparaissent qu'à la longue. Les respirations agoniques surviennent 2 ou 3 minutes après que la circulation est abolie, les centres respiratoires survivant au cœur, si l'animal est atropinisé. Si le vague n'est pas paralysé, la respiration s'arrête bien avant le cœur.

DASTRE.

H.-J. HAMBURGER. Ueber den Einfluss des intraabdominalen Druckes auf den allgemeinen arteriellen Blutdruck (Influence de la pression intra-abdominale sur la pression générale artérielle) (*Archiv f. Phys., p. 332, 1896*).

Une augmentation modérée de la pression intra-abdominale, réalisée au moyen de l'appareil employé par l'auteur pour étudier la résorption, a pour effet d'augmenter la pression artérielle tant chez le chien que chez le lapin. Il s'agit d'une augmentation d'énergie des pulsations cardiaques provoquées sans doute par la gêne de la circulation veineuse due à la compression.

Si on augmente considérablement la pression intra-abdominale, le cœur n'est plus capable de compenser la gêne de la circulation de retour des vaisseaux abdominaux. La réplétion du cœur diminue, la pression artérielle baisse et l'animal peut mourir par affaiblissement graduel des pulsations cardiaques. LÉON FREDERICQ.

N. ZUNTZ. Ueber die Rolle des Zuckers im thierischen Stoffwechsell (Rôle du sucre dans la nutrition) (*Archiv f. Physiol., p. 538, 1896*).

L'auteur admet que le sucre peut servir de combustible musculaire, mais qu'il en est de même de la graisse et de l'albumine qui peuvent brûler dans les muscles sans avoir été au préalable transformées en glycose. LÉON FREDERICQ.

F. v. GEBHARDT. Ueber den Einfluss ein-und mehrm aligers Nahrung auf nahme auf den Organismus (Influence sur l'organisme de l'alimentation unique ou fractionnée) (*Arch. für die ges. Phys., LXV, p. 611*).

Un animal nourri jusqu'alors avec une alimentation mixte maigrit si on le met au régime albuminoïde pur. Sa soif, son besoin d'eau diminuent.

La cause de l'amaigrissement est la perte de graisse et aussi la perte d'eau. L'assimilation azotée peut être notable malgré la perte de poids du corps. L'alimentation quotidienne fractionnée fixe plus d'azote sur l'organisme, alors même que la digestion et la résorption dans le canal intestinal ne sont pas altérées par l'absorption en une fois de la totalité des aliments. Il est donc plus avantageux de recourir à l'alimentation fractionnée qu'à l'alimentation massive. DASTRE.

M. ARTHUS. Sur la labogénie (*Arch. de physiol., VI, p. 257*).

Le lait introduit dans l'estomac vide est coagulé rapidement (6 à 30 minutes). Il s'agit là d'une *caséification* telle qu'elle serait accomplie par présure et non d'une *précipitation* telle qu'elle serait accomplie par l'acide acétique. Le caillot, en effet, est compact (caséum) et le liquide contient une protéose incoagulable par la chaleur, non précipitable par les acides, tandis que l'action de l'acide sur le lait fournit un coagulum en grumeaux (caséine) et un liquide qui ne contient pas de protéoses. La salive délite le caillot compact et lui donne quelquefois l'aspect grumeleux du préci-

pité de caséine. Le lait introduit dans l'estomac plein est en partie caséifié, en partie précipité.

Les mêmes faits se réalisent *in vitro* au moyen des macérations gastriques dans l'eau faiblement acidulée. On doit admettre d'après cela l'existence normale du labferment dans le suc gastrique et la muqueuse gastrique.

L'action du labferment est favorisée par les acides et par les sels calciques. On ne peut comparer des liqueurs différentes, quant à leur teneur en lab, qu'à la condition de les neutraliser. Les contenus gastriques présentent des différences notables quant à leur pouvoir caséifiant, parce que le ferment lab peut être en quantité variable et parce que les substances favorisantes peuvent exister en proportions différentes.

DASTRE.

L. LAPICQUE. Recherches sur la ration d'aliments albuminoïdes nécessaire à l'homme (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 596*).

La ration alimentaire répond à deux besoins distincts : 1° besoin d'une quantité d'énergie (2.860 à 3.650 calories) ; 2° besoin de matériaux constitutifs. Dans cette ration, les albuminoïdes interviennent pour 1/5 environ des calories ; les 4/5 restant sont fournies par les autres classes d'aliments. Pettenkofer et Voit ont indiqué le chiffre de 118 grammes d'albumine. On peut obtenir l'équilibre azoté avec un chiffre bien plus bas. Dans le cas de jeûne, l'homme prend dans ses propres tissus et détruit environ 86 grammes d'albumine. L'auteur a obtenu l'équilibre azoté avec un chiffre d'albumine beaucoup moindre, 58 grammes, ce régime ayant été soutenu pendant huit jours. On sait, d'ailleurs, que les régimes pauvres en albumine agissent pernicieusement sur la santé (Rosenheim, J. Munk). Ce résultat n'est admissible qu'à la longue et pour des animaux ayant subi un changement notable de régime. On ne l'observe point chez les populations dès longtemps habituées à un régime pauvre en albuminoïdes, comme les Abyssins et les Malais. Leur régime spontané a la signification physiologique de la ration d'entretien. Un Abyssin, soldat, adulte, du poids moyen de 52 kilos, mange quotidiennement deux ou trois galettes de durrha (sorghum vulgare) avec une faible quantité d'une sauce (graisse et farine de légumineuses) ; une fois la semaine une petite quantité de viande ; soit, comme ration quotidienne : albumine, 50 grammes ; amidon, 360 grammes ; graisse, 30 grammes. Ce qui fait, en chiffres ronds 2.000 calories. Les Malais consomment du riz (cuit à l'eau), assaisonné d'une sauce pimentée. La ration est en moyenne : riz cuit, 900 grammes ; poisson, œufs, poulet cuit, 60 grammes ; huile, 15 grammes ; fruits, petite quantité ; ce qui donne : albumine, 60 grammes ; amidon, 375 grammes ; graisse, 30 grammes : en tout 2.072 calories. Cette ration suffit ; ces hommes vivent, travaillent, se reproduisent en consommant 50 à 60 grammes d'albumine au lieu de 118 ou de 100 de la ration européenne. Les soldats japonnais (Mori), les étudiants japonnais (Tsuboï et Murato), les Malais riches de Batavia (Eykmann), présentent des conditions analogues. En résumé, 1 gramme d'albumine par kilo et par jour est suffisant.

DASTRE.

A. DASTRE et N. FLORESCO. Digestion saline de la gélatine (*Arch. de physiol.*, *VII*, *p. 701*).

La gélatine perd la propriété de se gélifier et reste liquide lorsqu'elle est mise en contact, un temps suffisant, avec les solutions d'un certain nombre de sels neutres : iodure, chlorures alcalins. La gélatine subit, dans ce cas, un changement tout à fait analogue à celui qu'elle éprouve de la part des ferments digestifs dans l'acte de la digestion et des microbes dans l'acte de la liquéfaction. Dans certains cas, avec certains sels et certaines doses, la transformation en gélatose est complète; d'autre fois elle n'est que partielle. La digestion saline de la gélatine exige pour s'accomplir le contact prolongé du sel dissous avec la gélatine dissoute. On la réalise comme les véritables digestions artificielles à la température de l'étuve, 40°. DASTRE.

H.-J. HAMBURGER. Ueber den Einfluss des intraabdominalen Druckes auf die Resorption in der Bauchhöhle III. Beitrag zur Lehre von der Resorption (Influence de la pression intra-abdominale sur la résorption dans la cavité abdominale) (*Archiv f. Physiol.*, *p. 302*, *1896*).

L'auteur fixe hermétiquement, dans la paroi abdominale d'un lapin, un tube métallique faisant communiquer l'intérieur de l'abdomen avec un réservoir contenant une solution isotonique (0,9 0/0) de chlorure de sodium, sous une pression facile à mesurer par la hauteur du niveau libre du liquide. Il constate qu'une augmentation de pression favorise notablement l'absorption par les capillaires sanguins (le canal thoracique est lié). L'animal résorbera, par exemple, 35 centimètres cubes de liquide isotonique sous une pression de 9 centimètres et 72 sous une pression de 14 centimètres.

Les choses se passent donc comme dans les expériences de résorption exécutées par l'auteur au moyen de tubes formés de membranes inertes et sont d'accord avec la théorie purement physique de la résorption.

Si l'on dépasse une certaine pression, la résorption diminue. Cette diminution s'explique par la gêne de la circulation veineuse et le ralentissement du cours du sang qui provient d'une trop forte compression.

LÉON FREDERICQ.

H.-J. HAMBURGER. Ueber den Einfluss des intraintestinalen Druckes auf die Resorption im Dünndarme IV. Beitrag zur Kenntniss der Resorption (Influence de la pression intra-intestinale sur la résorption dans l'intestin grêle) (*Arch. f. Physiol.*, *p. 428*, *1896*).

L'auteur injecte chez le lapin ou chez le chien, après la mort, dans une anse intestinale isolée par deux ligatures, une certaine quantité de solution de chlorure sodique (hyperisotonique ou hypisotonique) ou de sérum et constate l'absorption partielle du liquide introduit dans l'intestin.

L'auteur étudie chez le chien vivant, par un procédé analogue, l'influence exercée par la pression intra-intestinale sur la résorption du

liquide introduit dans une anse intestinale isolée. Un dispositif spécial empêchait la distension de l'intestin. L'absorption ne se fait pas si la pression est négative ou nulle ou très faible. Elle commence dès que la pression dépasse une certaine valeur assez faible (5 mm. d'eau) et croît rapidement avec la pression. L'auteur admet qu'à l'état normal la résorption à la surface de l'intestin est due à la pression positive provenant de l'action de la respiration (compression inspiratoire), des mouvements péristaltiques, et du poids des intestins. Il montre que si l'on empêche ces facteurs d'agir sur l'intestin, en soutenant la paroi interne de ce dernier par une carcasse métallique, on supprime presque complètement la résorption.

L'auteur rappelle les résultats d'expériences réalisant *in vitro* les conditions de l'absorption : tube de gélatine perméable traversé à son intérieur par un courant de liquide représentant le sang, baigné à sa surface extérieure par une solution dont on peut faire varier la pression (liquide à absorber par le courant sanguin).

Les résultats de toutes ces expériences sont d'accord avec la théorie purement physique de l'absorption et rendent superflue l'hypothèse de l'intervention de forces vitales. LÉON FREDERICQ.

B. MOORE et D. ROCKWOOD. On the mode of absorption of fats (*The Journ. of phys., XXI, p. 58*).

Les acides gras sont solubles dans la bile (Strecker). Leur solubilité est suffisante pour que l'absorption des graisses puisse se faire à l'état d'acides gras libres en solution. La plus grande partie des graisses ingérées est absorbée à l'état soluble par les cellules épithéliales, soit comme acide gras, soit comme savons. La partie de l'intestin du chien qui présente une réaction acide au tournesol contient en solution des acides gras libres et des savons ; la partie à réaction alcaline ne contient pas autre chose que des savons. Chez le rat blanc, la plus grande partie de la graisse est absorbée à l'état de savons ; chez le chien, en partie comme savons et en partie comme acides gras. Les graisses ne sont pas absorbées à l'état d'émulsion. DASTRE.

J. SEEGEN et ZUNTZ. Zur Frage über den Umfang der zuckerbildenden Function der Leber (Importance de la formation du sucre dans le foie) (*Centralbl. für Physiol., X, p. 497 et 562, 1896*).

Seegen défend la doctrine d'après laquelle la source unique de l'énergie musculaire est représentée par le sucre du sang, sucre formé dans le foie. L'excès de sucre trouvé dans le sang des veines sushépatiques (comparé à celui du sang afférent du foie) suffit à couvrir la consommation de sucre de l'organisme. Il défend cette théorie contre les attaques de Mosso et Zuntz.

Zuntz considère l'excès considérable de sucre trouvé par Seegen dans les veines sushépatiques comme dû à des vices d'expérimentation. Dans les conditions normales, il y a un léger excès de sucre indiquant une

glycogénèse modérée dans le foie, cette glycogénèse est insuffisante pour suffire à la consommation des muscles pendant un travail énergique, par exemple le travail d'un ascensionniste qui, pendant plusieurs heures, élève le poids de son corps à raison de 400 mètres en hauteur par heure.

LÉON FREDERICQ.

MORAT et DUFOURT. Action du nerf pneumogastrique sur la glycogénèse (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 631*).

Les auteurs ont précédemment établi l'existence de nerfs glyco-sécréteurs (excitateurs de la sécrétion sucrée) dans les grands splanchniques. Y a-t-il dans l'autre source d'innervation du foie (pneumogastrique) des nerfs inhibiteurs de cette fonction, de telle sorte que le schème de l'innervation hépatique reproduirait le schème de l'innervation cardiaque? Parmi les méthodes employées pour résoudre cette question, l'une consiste à assurer par le curare la constance de la dépense du sucre, et à l'analyser dans le sang, avant, pendant et après l'excitation du vague, pratiquée dans le thorax, au-dessus du diaphragme, après ablation du pancréas. L'action centrifuge du vague sur la glycogénèse est incontestable. Seulement elle n'est pas toujours inhibitrice, elle est quelquefois excitatrice. L'inhibition est la règle : elle s'exerce directement sur le foie, sans l'intermédiaire du pancréas.

DASTRE.

HÉDON. Influence de la piqûre du plancher du 4e ventricule chez les animaux rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas (*Archives de physiol.*, *VI*, *p. 268*).

L'auteur a pratiqué la piqûre du bulbe sur six chiens préalablement rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas, chez qui l'on avait déterminé les variations de la glycosurie. On établit la courbe de la glycosurie, après, et celle de l'hyperglycémie. Au bout de 1 à 2 heures après la piqûre, l'accroissement de la glycosurie et le plus souvent de l'hyperglycémie était déjà très considérable. Ainsi la glycosurie est renforcée par la piqûre, d'où l'on voit qu'en général ce n'est pas en agissant sur le pancréas que la piqûre du quatrième ventricule rend les animaux diabétiques, et inversement que si l'ablation du pancréas provoque des troubles nerveux causant le diabète, ces troubles ne sont point portés au maximum et qu'ils peuvent être aggravés par la piqûre.

DASTRE.

M. KAUFMANN. Aperçu général sur le mécanisme de la glycémie normale et du diabète sucré (*Arch. de physiol.*, *VII*, *p. 385*).

Le sucre est la source de l'énergie musculaire et la condition de la chaleur animale. Le foie le fabrique au moyen de réserves : 1° hydrocarbonées (glycogène), à savoir : 100 grammes dans le foie; 150 dans les muscles; 50 dans les autres organes, pour un chien de 30 kilos; c'est la consommation d'un jour; 2° réserves albuminoïdes et graisses qui seront reprises par le sang et transformées dans le foie. Un

travail musculaire accroît la respiration et la glycosoformation pour compenser la perte en glycose et en oxygène. L'accroissement de la respiration consécutif à la contraction tient à une action nerveuse et à l'action du sang asphyxique sur le centre respiratoire. Le travail glycosoformateur est soumis à trois influences : nerveuse, pancréatique et hystolitique. L'influence nerveuse s'exerce sur le foie (excitation frénatrice), sur le pancréas (excitation frénatrice en sens inverse du foie) ; sur les tissus, elle s'exerce en libérant les matières de réserve (désintégration) et dans le même sens que sur le foie. L'influence pancréatique de la sécrétion interne réfrène la glycosoformation et l'histolyse. Enfin, les produits histolytiques arrivant au foie activent son pouvoir glycosoformateur. Il y a des centres nerveux hyperglycémiques et hypoglycémiques. Le diabète est caractéristique par l'affaiblissement du frein glycosoformateur, ou du frein qui modère l'histolyse. DASTRE.

I. — M. KAUFMANN. Recherches expérimentales sur le diabète pancréatique (*Arch. de physiol.*, *VII*, *p. 209*).

II. — Le même. Mode d'action du système nerveux dans la production de l'hyperglycémie (*Ibid.*, *p. 266*).

III. — Le même. Nouvelles recherches sur le mode d'action du système nerveux dans la production de l'hypoglycémie (*Ibid.*, *p. 287*).

I. — L'énervation partielle ou totale du foie ne modifie pas sensiblement la glycémie normale ; il en est de même de la section complète des nerfs du pancréas. Les animaux survivent et se rétablissent. La régulation de la production sucrée persiste. Ce n'est donc point par l'intermédiaire des centres nerveux hépatiques que la sécrétion interne du pancréas agit pour réfréner le foie. C'est directement à l'aide du sang à sa traversée du foie.

On pourrait encore admettre que la sécrétion interne du pancréas modère dans tout l'organisme, les phénomènes nutritifs qui donnent naissance aux matériaux avec lesquels le foie fabrique le sucre. L'histolyse continuelle fait rentrer dans le sang les matériaux qui composent les tissus et qui sont utilisés par l'activité hépatique pour la glycosoformation.

II. — La piqûre du quatrième ventricule est incapable de provoquer la glycosurie sur des animaux à foie et pancréas énervés. Le foie reçoit des nerfs glycososécréteurs. Le pancréas reçoit des nerfs frénosécréteurs pour sa sécrétion interne. Ceux-ci provoquent une inhibition assez forte pour causer la glycosurie, comme ferait l'extirpation du pancréas. La piqûre bulbaire agit à la fois sur ces deux catégories de nerfs du foie et du pancréas et en troisième lieu sur l'histolyse des divers tissus en général. Dans l'hyperglycémie et le diabète, la glycosoformation et la résorption histolytiques sont activées ; elles sont diminuées dans l'hypoglycémie. Le système nerveux agit à la fois sur les phénomènes nutritifs des divers tissus et du foie qui aboutissent à la formation du sucre. Le produit versé dans le sang par le pancréas a une action frénatrice à la fois sur l'histolyse générale et la glycosoformation hépatique. L'état des tissus dans le sang est donc soumis à une régulation double, l'une d'origine nerveuse, l'autre d'origine pancréatique.

III. — La section de la moelle au niveau de la 1re vertèbre dorsale

exerce une action inhibitrice sur le foie, sur la glycosoformation et l'histolyse et produit aussi l'hypoglycémie. Celle-ci est très faible si le foie et le pancréas ont été préalablement énervés. L'hypoglycémie est au contraire très nette si le foie seul est énervé, ce qui prouve une action excito-sécrétoire exercée par la section de la moelle sur la sécrétion interne du pancréas. La même section inhibe le foie. L'action inhibitrice sur l'histolyse résulterait de ce que la dépancréatisation ne produit plus l'hyperglycémie, si préalablement on a énervé le foie. DASTRE.

S. ROSENBERG. Ueber den Einfluss des Pankreas auf die Aussnützung der Nahrung (Influence du pancréas sur l'utilisation de la nourriture) (*Archiv f. Physiol.*, *p. 535, 1896*).

Suppression lente du pancréas chez un chien par ligature et section du canal excréteur et des vaisseaux pancréatiques. Pas de glycosurie. Diminution des acides sulfoconjugués de l'urine. La comparaison de l'analyse des matières fécales et des aliments permit de constater qu'au début les féculents étaient absorbés à raison de 95 0/0, la graisse de 90 à 95 0/0, les albuminoïdes 83 0/0. Ces conditions favorables ne se maintinrent pas. La résorption tomba à 73 0/0 féculents, 73 0/0 graisse, 65 0/0 azotés. L'animal, qui pesait 20 kilos descendit en six mois au poids de 14 kilos, puis resta stationnaire pendant quatre mois et mourut de pleuro-pneumonie aiguë. Autopsie. Sclérose du pancréas. LÉON FREDERICQ.

I. — J. LAUDENBACH. Recherches expérimentales sur la fonction hémopoiétique de la rate (*Arch. de physiol.*, *p. 693, 1896*).

II. — Le même (*Ibid.*, *p. 200, 1897*).

I. — L'auteur étudie les altérations quantitatives de l'hémoglobine à la suite de l'extirpation de la rate. Cette mesure de l'hémoglobine est faite tous les jours après l'opération; de même la numération des globules, jusqu'à la complète régénération du sang, c'est-à-dire jusqu'à ce que la quantité d'hémoglobine soit redevenue égale à ce qu'elle était au jour de l'extirpation. Dans aucun cas l'on ne trouva dans le sang des animaux dérates de la méthémoglobine.

II. — L'auteur pratique l'extirpation de la rate et il détermine journellement la quantité d'hémoglobine pour 100 centigrammes de sang, et la quantité de globules rouges dans un millimètre cube et enfin, après un temps plus ou moins long, on pratique l'autopsie en notant l'état de la moelle osseuse, du thymus, des ganglions lymphatiques. Des tableaux font connaître ces déterminations. DASTRE.

M. DOYON. Inhibition du tonus et des mouvements de l'estomac chez le chien (*Archives de physiol.*, *VI, p. 374*).

Cette inhibition se produit par l'excitation électrique du bout périphérique du nerf vague sectionné au cou (Morat-Wertheimer). L'injection de pilocarpine ou de strychnine favorise la mise en jeu de ce pouvoir inhibi-

teur. D'autre part, le pneumogastrique est le nerf moteur de l'estomac. Après l'arrêt, l'estomac présente ensuite une contraction tonique compensatrice. DASTRE.

L. HOFBAUER. Tägliche Schwankungen der Ergenschaften des Speichels (Oscillations diurnes des propriétés de la salive) (*Archiv für die ges. Phys.*, *LXVI*, *p. 503*).

L'auteur a déterminé les variations du pouvoir diastasique de la salive aux différents temps de la journée. Il y a un minimum après le premier déjeuner, un maximum avant le repas du midi, une chute brusque aussitôt après, un nouveau maximum moins élevé que le premier avant le repas du soir. Elle est également variable quant à son aspect trouble et à ce point de vue la courbe des variations ressemble dans les traits généraux à la précédente. Enfin, quant à sa teneur en mucine, la courbe s'oppose sensiblement aux précédentes. DASTRE.

C. DELEZENNE. De l'influence de la réfrigération de la peau sur la sécrétion urinaire (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 446*).

On admet généralement que l'application du froid sur la peau augmente la sécrétion de l'urine en amenant, par déplacement du sang, la dilatation des vaisseaux urinaires. Or, la réfrigération de la peau amène au contraire une contraction réflexe des petits vaisseaux du rein (Wertheimer). D'autre part, on constate directement, chez l'animal normal et chez l'animal à diurèse augmentée artificiellement, que la quantité d'urine émise diminue quand on réfrigère une partie du tégument (et elle se concentre). Ce n'est qu'après une demi-heure qu'elle reprend son taux normal. Le besoin d'uriner qui suit l'impression du froid sur la peau est dû à une contraction réflexe de la vessie provoquée par le froid.

DASTRE.

G. GENOUVILLE. Du rôle de la contractilité vésicale dans la sécrétion normale (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 322*).

La vessie se vide normalement par la contraction de sa tunique musculeuse lisse. Cette contraction du muscle vésical est nécessaire à l'expulsion de l'urine : la contraction des muscles abdominaux ne peut pas la suppléer, mais seulement l'aider ; elle n'est pas indispensable. La volonté qui semble agir directement sur la miction provoque en réalité une contraction réflexe du muscle vésical. Celui-ci a pour point de départ la sensibilité spéciale de la vessie à la tension. Les deux propriétés de la vessie, contractilité et sensibilité, sont liées et concordantes. DASTRE.

E. WERTHEIMER. Influence de la réfrigération de la peau sur la circulation du rein (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 308*).

L'inscription comparative de la pression dans une branche de l'aorte et dans la veine rénale, la mesure du débit de cette veine démontrent que sous l'influence de la réfrigération du tégument les vaisseaux du

rein se rétrécissent et contribuent ainsi pour leur part à l'augmentation générale de la tension aortique. Le rein ne se congestionne que si l'on détruit ses nerfs vasculaires. DASTRE.

M. LAMBERT. De l'influence du froid sur la sécrétion urinaire (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 129*).

Contrairement à l'opinion généralement admise, Delezenne a vu l'action du froid sur la peau provoquer une diminution de la sécrétion urinaire. D'autre part, expérimentant sur l'homme, l'auteur constate que l'effet du bain froid suffisamment prolongé (1/2 heure) est d'accroître la sécrétion urinaire. La réaction du rein à la réfrigération cutanée est une vaso-constriction (Wertheimer); cette vaso-constriction entraîne une diminution de la sécrétion (Delezenne); la diurèse produite par le froid serait le fait d'une paralysie vasculaire succédant à la constriction. Cette diurèse, chez le chien, s'est montrée tantôt primitive, tantôt secondaire. L'augmentation primitive est due à ce que la hausse de la pression sanguine rencontre un rein qui se dilate ou qui se contracte faiblement, l'augmentation secondaire à une diminution rapide de la tonicité musculaire rénale. Il faut enfin tenir compte d'une action possible sur les nerfs sécréteurs rénaux. DASTRE.

C. WILMANS. Die directe Erregung der Athmungscentra durch den Weingeist (Excitation directe des centres respiratoires par l'alcool) (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXVI*, *p. 167*).

L'auteur arrive aux conclusions suivantes : 1° Les observations de Binz et de Jaquet, à savoir que l'alcool à petites doses accroît l'activité respiratoire, sont exactes ; 2° Cet accroissement de la respiration se produit quel que soit le moyen par lequel l'alcool a été introduit; 3° Cet effet se produit encore en l'absence de toute excitation sensitive sur les tissus ou sur les muqueuses. DASTRE.

A. BENEDICENTI. Die Wirkung der Kohlensäure auf die Athmung (Action de l'acide carbonique sur la respiration) (*Archiv für Physiol.*, *p. 408*, *1896*).

L'auteur fait respirer à des chiens et à des lapins, par l'intermédiaire d'une muselière et de deux soupapes un mélange gazeux contenant de 10 à 65 0/0 de CO^2, outre la proportion normale d'oxygène. Il constate que la dyspnée due au manque d'oxygène disparaît par respiration de CO^2. Les mélanges de 10, 15 à 20 0/0 CO^2 ne produisent d'augmentation ni dans le nombre ni dans la profondeur des mouvements respiratoires. A 30 0/0 CO^2 produit l'anesthésie, sans affaiblissement de la respiration. Un mélange à 40 à 60 0/0 CO^2 produit la narcose après un stade fugitif d'excitation. La respiration se ralentit sans changer de profondeur. Même avec des doses élevées (40 à 60 0/0), l'animal peut vivre assez longtemps (1 h. 1/2 à 2 h.). La mort survient assez souvent après la cessation de l'action du mélange riche en CO^2.

L'auteur conclut de ses expériences que CO^2 n'exerce pas d'action

excitante sur la respiration et que CO^2 du sang ne peut être regardé comme l'excitant normal qui règle l'activité des centres respiratoires.

LÉON FREDERICQ.

Max LEWANDOWSKY. Die Regulirung der Athmung (Régulation de la respiration) (*Archiv f. Physiol.*, *p. 483, 1896*).

L'auteur résume de la façon suivante les conclusions de ses recherches :

1° Après la double section des pneumogastriques, la respiration est exclusivement entretenue par l'activité *automatique* des centres respiratoires, sans l'intervention d'influences *réflexes ;*

2° La respiration normale (contraction et relâchement alternatif et rythmé des muscles d'inspiration) est entretenue par l'activité rythmée d'un centre de coordination (centre respiratoire) situé dans la moelle allongée ;

3° L'activité automatique du centre respiratoire de la moelle allongée est influencée par des excitations frénatrices émanées d'un centre d'inhibition situé dans les tubercules quadrijumeaux postérieurs, à activité également automatique ;

4° Il faut admettre un centre spécial pour l'expiration active, centre excitable par voie automatique et par voie réflexe. LÉON FREDERICQ.

C. SPECK. Ueber die Regulation der Athemthätigkeit (Sur la régulation de l'activité respiratoire) (*Archiv f. Phys.*, *p. 465, 1896*).

L'auteur discute la question du mécanisme par lequel le travail musculaire provoque l'accélération de la respiration et des pulsations cardiaques. Il admet qu'il s'agit d'une action réflexe ayant pour point de départ une excitation des nerfs centripètes des capillaires veineux des muscles, excitation due au contact du sang à veinosité exagérée (excès de CO^2). LÉON FREDERICQ.

M. LEWANDOWSKY. Ueber den Lungenvagus (Filets pulmonaires du pneumogastrique) (*Centr. f. Physiol.*, *X, p. 601, 1896*).

Article de polémique dirigé spécialement contre Boruttau. L'auteur maintient que les filets d'inspiration du pneumogastrique ne sont pas excités par la clôture du courant descendant. Quant à l'effet d'inspiration qui peut se montrer au moment de la rupture du courant ascendant, il ne correspondrait pas à une excitation instantanée provenant de cette rupture, mais représenterait une action consécutive, compensatrice de l'arrêt respiratoire provoqué par le passage du courant constant, comme on l'observe après d'autres formes d'excitation durable. La profondeur plus grande des inspirations, qui s'observe parfois après la rupture du courant constant, est un effet de la dyspnée provoquée par l'arrêt respiratoire dû au passage du courant constant.

L'auteur maintient aussi que l'excitation mécanique du pneumogastrique peut amener des effets réflexes d'inspiration, outre les effets d'expiration admis par Boruttau. Il combat la théorie de Boruttau en vertu de laquelle les excitations momentanées du pneumogastrique don-

neraient toujours des réflexes d'inspiration, et les excitations d'une certaine durée, des réflexes d'expiration.

Il maintient que l'excitation *naturelle* du vague par dilatation ou retrait du poumon ne peut provoquer qu'une excitation des fibres arrestatrices de la respiration. L'effet d'inspiration qui se montre après affaissement du poumon est dû, non à l'excitation des fibres d'inspiration, mais à la suspension de l'action tonique des fibres d'expiration ou d'arrêt.

LÉON FREDERICQ.

F. CASTEX. Étude générale de l'auscultation de l'appareil respiratoire (*Arch. de physiol.*, *VII*, *p. 225*).

La propagation des sons et des bruits laryngés se fait principalement par la voie aérienne et accessoirement par la voie solide. La théorie indique qu'à l'état normal la parole propagée à travers le poumon est un murmure indistinct où les sons graves prédominent et qui ne présente aucune articulation. Le murmure vésiculaire n'est pas le souffle glottique transmis au poumon ; c'est un bruit né dans le poumon. C'est aussi ce qu'admet l'auteur. Ce son serait dû aux tourbillons gazeux formés aux points de retrécissement des conduits.

DASTRE.

E. MEYER. Sur l'innervation respiratoire et l'excitation des nerfs et des muscles chez le nouveau-né (*Arch. de physiol.*, *VI, p. 472*).

Pendant les premières heures qui suivent la naissance, le rythme des mouvements du thorax n'est pas le même que celui des mouvements de l'abdomen. Il y a des mouvements superficiels de l'abdomen qui ne sont pas provoqués par l'ampliation thoracique et qui ne sont pas de même sens que cette dernière, (comme il arrive chez l'adulte, d'après Wertheimer, à la suite de la section sous-bulbaire de la moelle). L'action du centre bulbaire ne s'exerce pas d'une façon bien coordonnée chez le nouveau-né sur tous les instruments respiratoires ; de même que les centres psycho-moteurs ne provoquent point de réaction musculaire, ni les centres inhibitoires leur action nerveuse : ceci chez les animaux qui naissent les yeux fermés (chien, chat) et non chez le cobaye qui naît les yeux ouverts. Les zones médullaires d'innervation des muscles respiratoires jouissent encore d'une certaine autonomie au moment de la naissance. Même plus tard, l'exposition au soleil ne détermine pas chez le jeune chien de polypnée thermique. Il y a aussi moindre production de chaleur à la suite de la tétanisation générale des muscles. Si l'on excite par le nerf sciatique le muscle gastrocnémien, la période ascendante de la contraction dure 28 centièmes de seconde au lieu de 5 centièmes, la période d'état 24 centièmes au lieu de zéro, la descente 58 centièmes au lieu de 8. Il suffit de 5 contractions (excitation) pour amener le fusionnement du tétanos parfait. Les muscles du nouveau-né se comportent comme des muscles d'adulte fatigués (Soltmann, Preyer), sauf que la période d'excitation latente n'est pas accrue, ce qui est pourtant un caractère essentiel de la fatigue.

DASTRE.

T. BERGMANN. Zur Physiologie der Intercostalmuskeln (Physiologie des muscles intercostaux) (*Skandinav. Arch. f. Physiol.*, *VII*, *p. 178*).

Les muscles intercostaux externes agissent à l'inspiration, les internes à l'expiration, au moins pendant la dyspnée, peut-être également pendant la respiration normale, comme le prouvent les résultats de nombreuses vivisections exécutées sur des lapins, des chiens et des chats.

LÉON FREDERICQ.

E. CASTEX. Du son de percussion du thorax (*Arch. de physiol.*, *VII*, *p. 18*).

Le choc de percussion met en mouvement la masse aérienne pulmonaire, les parois thoraciques et le tissu pulmonaire ; l'air pulmonaire vibre comme le résonnateur et émet un son propre, son pulmonaire ; les parois thoraciques (côtes) émettent le son pariétal ; le parenchyme pulmonaire, comme toute partie molle, joue le rôle d'étouffoir vis-à-vis des deux sons précédents. Le bruit de percussion du thorax résulte du mélange du son pulmonaire, du son pariétal, du choc du plessimètre. Suivant la manière d'opérer la percussion, c'est le son pulmonaire qui domine le son pariétal ou inversement.

DASTRE.

J. SEEGEN. Muskelarbeit und Glykogenverbrauch (Travail musculaire et consommation du glycogène) (*Arch. f. Phys.*, *p. 389 et 511*, *1896*).

I. — L'auteur soutient la thèse que le glycogène ne saurait être considéré comme la source de l'énergie développée par la contraction musculaire. Dans une première série d'expériences faites sur des muscles de chien tétanisés *in situ* il détermine la somme de travail exécuté pendant un certain temps et la quantité de glycogène disparue à la fin de l'expérience.

Il constate une énorme dépense de glycogène pour un travail musculaire insignifiant. Il a découvert que la simple section du nerf musculaire suffit pour faire baisser considérablement la proportion de glycogène des muscles. La tétanisation d'un muscle curarisé (immobile) s'accompagne également d'une dépense considérable de glycogène. La dépense de glycogène n'est donc nullement en rapport avec le travail exécuté par le muscle.

II. — L'auteur fait des dosages de glycogène dans les muscles normaux du chien et trouve en moyenne 0.4 à 0.5 0/0 de glycogène, quantité de glycogène absolument insuffisante, d'après lui, pour expliquer la somme de travail que le chien est capable d'exécuter. Deux chiens, l'un de 26, l'autre de 38 kilogr. fournirent, dans cinq expériences, les sommes de travail considérables de 168000, 216000, 168000, 318000 et 959000 kilogrammètres, travail que les 0.4 à 0.5 0/0 de glycogène de leurs muscles étaient incapables de fournir. On peut objecter à l'auteur qu'il ne tient pas compte du renouvellement possible de la provision de glycogène musculaire.

LÉON FREDERICQ.

SCHUMBURG. Einfluss des Zuckergenusses auf die Leistungsfähigkeit der Musculatur (Influence de l'ingestion de sucre sur le travail des muscles) (*Archiv für Physiol., p. 537, 1896*).

L'auteur a constaté, au moyen de l'ergographe de Mosso, l'influence utile de l'ingestion de 30 grammes de sucre, sur le travail mécanique de l'homme. Cette influence restauratrice ne se montre que si, immédiatement avant l'expérience ergographique, le sujet avait exécuté à l'ergostat un travail mécanique intense (45000 kilogrammètres en 45 minutes).

LÉON FREDERICQ.

E. HERING. Ueber die Wirkung zweigelenkiger Muskeln auf drei Gelenke und über die pseudoantagonistische Synergie (Des muscles qui s'étendent sur deux articulations agissent sur trois articulations; de la synergie pseudo-antagonistique) (*Archiv f. die ges. Phys., XLV, p. 627*).

Dans la flexion de la main, l'avant-bras exécute un mouvement opposé. De même la main dans le mouvement de flexion des doigts, dans l'acte de fermer le poing ; de même encore la première phalange quand on fléchit les deux autres. Enfin, dans le cas d'extension des doigts, de la main, ou de l'avant-bras, on observe des mouvements opposés de l'article précédent. Ceci paraît être une loi générale. Des recherches entreprises chez la grenouille montrent que le gastrocnémien, en même temps qu'il étend le pied sur la jambe, fléchit la cuisse et la jambe ; le tibial fléchit le pied sur la jambe et en même temps étend la cuisse et la jambe. En général, un muscle qui passe au-dessus de deux articulations met en mouvement l'os interposé dans le même sens que l'os sur lequel il est inséré et sur lequel il agit. Les muscles antagonistes sont ceux qui s'insèrent sur un même os ; les pseudo-antagonistes s'insèrent sur deux os différents. Les fléchisseurs et extenseurs de la main sont des antagonistes ; les fléchisseurs de la main et les extenseurs des doigts sont des pseudo-antagonistes ; de même les extenseurs de la main et les fléchisseurs des doigts. Les premiers reçoivent leur excitation nerveuse à des moments différents ; ils ne sont synergiques que pour la fixation de l'os ; les pseudo-antagonistes sont synergiques aussi pour les mouvements de l'os.

DASTRE.

J. LEFÈVRE. Variations du pouvoir réfrigérant de l'eau en fonction de la température et du temps (*Arch. de physiol., p. 7, 1897*).

Pour expliquer la remarquable propriété de résistance au froid chez l'homme et les animaux à sang chaud, les auteurs ont fréquemment insisté sur la diminution des pertes périphériques. C'est la conclusion des physiologistes Masse, Winternitz, Riegel, Senator, Ackermann, Fränckel. Les animaux à sang chaud suivraient une loi inverse de celle de Newton pour les corps inertes (Richet). Les nombres mesurés par l'auteur prouvent que bien loin de résister au froid par une loi inverse de celle de Newton pour les corps inertes, l'homme soumis à l'action de l'eau froide perd une quantité de chaleur dont le débit s'accélère rapidement quand la tempé-

rature s'abaisse, au point de devenir vers 5°, environ le double du nombre théorique fourni par la loi de Newton. DASTRE.

A. CHARPENTIER. Nouvelles recherches sur les oscillations rétiniennes (*Arch. de physiol.*, *p. 677*, *1896*).

Si l'on fait mouvoir au-devant de l'œil, avec une vitesse uniforme, sur champ obscur, un objet éclairé, on voit, dans certaines conditions, la trace lumineuse de l'objet suivie à distance par un objet plus pâle, image récurrente, sorte de reviviscence de l'image lumineuse primitive. C'est une phase de l'image consécutive succédant à l'excitation produite par l'objet. Ce fait ne doit pas être confondu avec les oscillations de la sensation, constatée au début des excitations lumineuses, par l'auteur; celles-ci prouvent que la rétine est le siège de vibrations d'une période déterminée. Un secteur blanc, éclairé, tournant sur fond noir présente à une certaine distance de son bord initial, une zone sombre ou *bande noire*, suivie d'autres plus pâles, de même intervalle angulaire. La durée de ces oscillations est de 0″,3. D'autres formes d'expérience fournissent la même conclusion. Le phénomène se produit surtout avec les rayons les plus réfrangibles du spectre. La méthode stroboscopique conduit à des déterminations concordantes avec les précédentes. Ces oscillations se propagent sur la rétine. La bande noire ou réaction négative se propage radialement, du point excité à la tache jaune. Il y a une seconde espèce de propagation ondulatoire.

La théorie des sensations visuelles peut être renouvelée par ces faits. La rétine présente des oscillations d'activité périodiques, surtout au début et lors des variations d'intensité de l'excitant lumineux. La fréquence de ces oscillations est de 36 par seconde. Elles se propagent suivant deux modes différents, d'où résultent deux vitesses et deux longueurs d'onde distinctes. Ces oscillations affectent les éléments rétiniens les plus mobiles, extrémités libres, des cônes et des bâtonnets qu'elles font vibrer transversalement. DASTRE.

H. BORDIER. Recherches expérimentales sur l'adhérence de deux surfaces polies, planes ou sphériques, séparées par une mince couche de liquide : cas des surfaces articulaires (*Lyon méd.*, *22 nov. 1896*).

L'auteur, dans ce travail très documenté et très logique, cherche à renverser la théorie des frères Weber sur la cause du contact des surfaces articulaires. Il commence à l'aide de preuves physiques, physiologiques et anatomiques, à démontrer l'impossibilité du vide articulaire. Puis il étudie la force de cohésion de deux surfaces planes maintenues au contact par une mince couche liquide. Il démontre que cette force est proportionnelle à l'étendue des surfaces, indépendante de la nature des disques, mais subordonnée à la nature du liquide. Cette cohésion n'est pas en rapport avec la tension superficielle du liquide, comme on serait tenté de le croire, mais dépend de la viscosité du liquide. Puis l'auteur, par l'expérience et par les calculs, applique ses résultats à une surface sphérique.

Il expérimente alors, sur une surface sphérique de même diamètre que la cavité cotyloïde, en interposant entre les surfaces de la synovie recueillie 18 heures après la mort. Il trouve que la force nécessaire pour séparer les deux surfaces est de 10 kilogrammes, mais le poids moyen de la jambe est de 11 kilogrammes; il attribue cette différence à la diminution de viscosité de la synovie après la mort.

Il applique alors à sa théorie les expériences des frères Weber. Quand on perfore le fond de la cavité cotyloïde, la chute de la jambe n'est pas la destruction du vide; c'est la rupture des forces de cohésion du liquide par la pointe du foret qui vient buter contre la tête. La pression atmosphérique n'intervient que dans la 2e expérience quand on applique le doigt sur l'orifice, mais alors on a créé une disposition non anatomique, car il n'y a pas d'espace vide dans la cavité.

L'auteur applique encore sa théorie de la cohésion par viscosité à l'occlusion des paupières, des lèvres, ce qui permet aux orbiculaires de se relâcher pendant le sommeil. VICTOR VEAU.

R. STOCKMANN et E. GREIG. Ingestion and excretion of iron in health (*The Journ. of phys.*, *XXI*, *p. 55*).

La quantité de fer ingéré dans le régime normal de l'homme varie de 6 à 10 milligrammes par jour, c'est-à-dire qu'elle est assez petite. Dans la désintégration des globules rouges, le fer est soigneusement retenu. Des sujets bien portants ont été soumis à un régime constant pendant huit ou dix jours et on recueillait les urines et les fèces des trois derniers jours. On déterminait le fer ingéré et le fer excrété. Le fer est excrété du sang principalement par la membrane muqueuse de l'intestin, la quantité rejetée avec la bile et l'urine étant très faible. Le fer subit peut-être des déplacements considérables internes, par exemple entre les globules rouges et les organes hématopoïétiques. Ce métabolisme interne est inconnu. Mais le métabolisme externe (entrée et sortie de l'organisme) est très restreint. DASTRE.

S.-A. PROTOPOPOW. Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Ureteren (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXVI*, *1*).

Chez l'homme et les mammifères supérieurs, la paroi des voies urinaires possède tous les éléments nécessaires à leur activité autonome. La tunique musculaire présente trois couches, une intérieure à fibres longitudinales, une extérieure à fibres circulaires, et une autre plus extérieure encore incomplète, lacuneuse, également longitudinale. Cette dernière n'existe que dans le tiers inférieur des uretères. La muqueuse ne possède point d'appareil sécrétoire non plus que de follicules clos. Les éléments nerveux existent dans toutes les couches, les cellules nerveuses ganglionnaires étant surtout abondantes aux extrémités. Dans l'asphyxie aiguë, les contractions des uretères augmentent de fréquence et d'intensité, comme il arrive pour tous les autres organes musculaires. L'action excitante s'exerce vraisemblablement sur les centres nerveux de l'uretère. L'arrêt de la sécrétion urinaire, la ligature des artères rénales, ralen-

tissent les mouvements de l'uretère, puis ceux-ci s'accélèrent et reprennent leur caractère primitif. La ligature de l'aorte au-dessus de l'origine des artères rénales ralentit les contractions de l'uretère. Le rétablissement de la circulation les accélère. La ligature de la veine cave au même niveau amène une hyperémie passive et une augmentation notable des contractions. L'accroissement du nombre de gouttes qui traversent l'uretère augmente ses contractions, plus ou moins, suivant la nature du liquide. La néphrectomie ralentit d'abord les mouvements qui ensuite redeviennent plus fréquents. La ligature de l'uretère au-dessous du bassinet ralentit puis arrête les mouvements. Les nerfs moteurs de l'uretère viennent de l'anastomose du ganglion mésentérique inférieur avec le plexus hypogastrique. La section du grand splanchnique ralentit, son excitation périphérique accélère les mouvements. Cet effet cesse si l'uretère a été lié au-dessous du bassinet. L'atropine accélère d'abord, puis ralentit et éteint les contractions. Les diurétiques, diurétine, adonidine, ont peu d'influence. La caféine accélère les contractions à petite dose; à haute dose elle les ralentit. DASTRE.

H. KOEPPE. Physiologische Kochsalzlösung; Isotonie; osmotischer Druck (Solution physiologique de chlorure de sodium; isotonie; pression osmotique) (*Archiv f. die ges. Phys.*, *LXV*, *p. 492*).

La cellule vivante dans une solution saline se comporte comme un ballon de caoutchouc plein d'air sous la cloche d'une machine pneumatique, se dilatant, se contractant suivant la pression extérieure. Ces pressions sont dans le cas présent les *pressions osmotiques* interne et externe qui se comportent d'ailleurs comme les pressions gazeuses. Le volume cellulaire grossit ou diminue pour les mêmes raisons. Il y a gonflement ou ratatinement. On admettait que la solution physiologique de chlorure de sodium à 6 pour 1000 n'amenait pas de changement, par exemple dans les globules du sang. Mais Hamburger (1893) a montré que les globules rouges y augmentaient de 1/11 de leur volume. On a introduit l'expression d'isotonie, qui a des acceptions diverses et qu'il faut abandonner. Le fait physique, c'est la pression osmotique. Il y a pour la mesurer une seule méthode, celle de Pfeffer, qui soit directe, les autres sont indirectes et exigent un calcul. La méthode physiologique consiste à comparer la solution dont on cherche la pression osmotique à d'autres qui sont connues. L'étalon est pour de Vries l'azotate de potasse; pour Hamburger les solutions de chlorure de sodium; avec l'hématocrite celle de sucre de cannes.

Ces méthodes ont fait connaître que les globules du sang augmentent de volume dans la solution dite physiologique à 6 pour 1000, qu'ils conservent leur volume à 9,2 pour 1000. K. a trouvé des augmentations de 14 à 21 0/0. En résumé, l'expression de « solution salée physiologique » doit être écartée, comme ne désignant pas une solution déterminée, ou bien ne répondant pas à une indifférence supposée vis-à-vis des cellules vivantes. Les expressions « isotonie, hyperisotonie naturelles » offrent des sens divers et doivent être remplacées par « pression osmotique ».

DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

W. COHNSTEIN et H. MICHAELIS. Ueber die Veränderung der Chylusfette im Blute (*Arch. f. die ges. Physiol., LXV, p. 473*).

Röhrig a vu que le contenu de la lymphe du canal thoracique ne contenait pas de graisse en surplus, après que l'on avait injecté dans le sang une grande quantité de chyle défibriné chargé de graisse. Les auteurs vérifient ce premier point. A la vérité, la lymphe paraît plus laiteuse, mais cette apparence est due à des matières albuminoïdes. L'analyse montre que la quantité de matière sèche a augmenté, mais que la quantité de graisse a diminué. De plus, le sang qui a reçu cette surcharge graisseuse ne la manifeste pas longtemps. La graisse n'a passé ni dans la lymphe, ni dans l'urine. Il faut qu'elle ait été détruite dans le sang. Si l'on mélange du sang et du chyle et qu'on y fasse passer un courant d'air pendant 16 à 24 heures, la quantité de graisse diminue. Le sang possède donc la propriété de détruire au moyen de l'oxygène la graisse qu'il contient ou qui lui a été ajoutée par le chyle. Cette modification est produite non par le liquide, mais par les globules. Ceux-ci n'ont pas besoin d'être vivants. Le sang laqué agit encore. Les globules rouges contiennent donc d'après cela une substance qui, en présence de l'oxygène, transforme les graisses de telle façon que le nouveau corps n'est plus soluble dans l'éther. C'est une substance *lipolytique*. Les graisses autres que celles qui viennent du chyle ne subissent pas cette transformation, la quantité de produits solides n'ayant pas sensiblement changé. Le produit de transformation n'est pas gazeux, l'oxygène n'ayant pas produit d'acide carbonique en quantité appréciable. Le sang laqué, d'ailleurs, ne saponifie pas, avec production de phénol, les éthers phénolbenzoïque et phénolsalicylique, comme fait le suc pancréatique. En tous cas, la quantité de savon n'a pas augmenté, autant qu'on puisse le savoir. En résumé, on ne connaît pas encore ce produit de transformation.

DASTRE.

HANRIOT. Sur le ferment saponificateur du sérum (*Bulletin Acad. de méd. 10 nov, 1896*).

On peut isoler du sérum sanguin un ferment soluble capable d'agir sur les corps gras émulsionnés et de les dédoubler en acides gras et glycérine. Ce ferment, appelé lipase, analogue à celui contenu dans le pancréas, explique le mécanisme de la nutrition intime des tissus par les corps gras.

Les acides gras se transforment ensuite en acides de plus en plus simples (butyrates, acétates, carbonates). Enfin ces sels sont dédoublés finalement et l'acide carbonique s'exhale au niveau du poumon. LEFLAIVE.

V. GRECO. De l'alcalinité du sang dans l hyperchlorhydrie et l'anachlorhydrie (*Riforma med.*, *19*, *20 et 21 oct. 1896*).

Pendant la période digestive, il y a, chez les individus sains : augmentation de l'alcalinité du sang, diminution de l'acidité urinaire pendant une première période ; dans une seconde période, au contraire, le sang devient moins alcalin et l'urine plus acide.

Dans l'hyperchlorhydrie, l'alcalinité du sang, pendant le jeûne, est égale ou légèrement supérieure à l'alcalinité normale; l'élévation de l'alcalinité correspond à la gastrosuccorrhée. Pendant la digestion, on observe les mêmes variations qu'à l'état physiologique, mais ces variations sont plus accentuées. Si on lave l'estomac une heure après le repas, l'alcalinité du sang est déjà revenue, au bout de quatre heures, au niveau qu'elle atteignait pendant la période de jeûne.

Dans l'anachlorhydrie, l'alcalinité du sang, même à jeun, est plus élevée qu'à l'état normal, ce que l'on doit attribuer à l'absorption et la décomposition des acides organiques.

Même à jeun, le degré d'alcalinité du sang dans les cas d'anachlorhydrie est en rapport étroit avec l'intensité et la rapidité avec lesquelles se développent, après le repas, les fermentations anormales.

Pendant la première période de la digestion, dans l'anachlorhydrie, l'alcalinité du sang demeure invariable, elle augmente dans la seconde période.

La réaction du sang ne change pas si l'on fait le lavage de l'estomac après l'ingestion des aliments. G. LYON.

KARFUNKEL. Zur Blutalkalescenzbestimmung am Krankenbett (Détermination de l'alcalescence du sang au lit du malade) (*Münch. med. Woch.*, *n° 29*, *p. 670*, *21 juill. 1896*).

Observé chez le même individu à des intervalles rapprochés, quand l'état de l'individu en expérience ne s'est pas visiblement modifié, le sang présente à peu près les mêmes valeurs. Chez les individus fébricitants observés pendant et après la fièvre, les chiffres de la première période sont généralement plus faibles que dans la seconde. Les chiffres fébriles, considérés en eux-mêmes, ne sont pas toujours anormalement bas; ils ne sont pas non plus d'autant plus bas que la fièvre est plus élevée. Aux approches de la mort, l'alcalescence a toujours nettement baissé. Les anémiques et cachectiques ont une alcalescence basse, qui s'abaisse encore avec la cachexie et remonte quand il y a amélioration. Chez les diabétiques, l'auteur n'a pas trouvé de diminution d'alcalescence. Dans un cas de goutte, elle était plutôt augmentée qu'abaissée.

C. LUZET.

DIEBALLA. Ueber den Einfluss des Hämoglobinsgehaltes..... (De l'influence de la richesse du sang en hémoglobine, sur le nombre des globules et sur le poids spécifique du sang chez les anémiques) (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, *LVII*, *p. 302*).

Le poids spécifique du sang dépend tout d'abord de l'hémoglobine, sauf quelques variations qui peuvent aller jusqu'à 13,5 0/00. 10 0/0 d'hé-

moglobine correspond à 4,46 0/00 de poids spécifique. A teneur égale d'Hb, le poids spécifique du sang est plus faible de 2 à 2,5 0/00 chez les femmes tant saines que malades, que chez l'homme. Chez les individus riches en hémoglobine, le poids spécifique varie plus que chez ceux qui en sont pauvres. Dans la néphrite le poids spécifique du sang est par suite de l'hydrémie de 2 à 4 0/00 plus faible que dans les anémies secondaires, le nombre des globules et la teneur en Hb étant égaux. Chez les leucémiques le poids spécifique est plus élevé qu'il ne devrait être, eu égard à l'hémoglobine; cette exception serait due au nombre des leucocytes. Dans la chlorose le poids spécifique est d'environ 2,5 0/00 plus élevé que dans les anémies secondaires; cette particularité disparaît rapidement pendant la régénération du sang. Dans les formes d'anémie pernicieuse où le nombre des globules rouges est notablement diminué par rapport à la teneur en Hb, le poids spécifique du sang est d'environ 2 0/00 plus bas que dans les anémies secondaires; c'est encore une différence qui disparaît pendant la régénération du sang. En conséquence le nombre des globules rouges ou de leurs stromas exerce, indépendamment de la teneur en Hb, une influence en sens positif sur le poids spécifique du sang, de telle façon que des différences de 4 à 5 0/00 peuvent en résulter. C. LUZET.

A. JOLLES. Beiträge zur quantitativen Bestimmung des Eisens im Blute (Détermination quantitative du fer dans le sang) (*Archiv für die ges. Physiol.*, *LXV*, *p. 579*).

L'auteur s'est proposé de faire connaître une méthode pratique et sûre pour déterminer avec une suffisante précision la teneur en hémoglobine d'un sang donné en opérant sur de très petites quantités.

Il a recours au nitroso-β-naphtol, dissous dans l'acide acétique à 50 0/0. Cette solution précipite le fer de sa solution chlorhydrique, à l'état de ferrinitrosonaphtol $(C_{10}H_6O.AzO)_3Fe$ facile à recueillir. 516 parties du réactif correspondent à 80 d'oxyde de fer et à 56 de fer. Le précipité est lavé à l'acide acétique 50 0/0, séché à 100°, incinéré au rouge. On prend 3 à 5 centimètres cubes de sang qu'on évapore au bain-marie dans une grande capsule de platine, puis qu'on chauffe au bec Bunsen et à la soufflerie. Les cendres sont mélangées à 5 centimètres cubes d'acide chlorhydrique à froid, traitées à l'eau distillée et le résidu évaporé. On répète plusieurs fois cette opération. On traite par 10 centimètres cubes de la solution de nitroso-naphtol. On agite, on lave le précipité à l'acide acétique. On le sèche et on le pèse. Une analyse ne demande pas plus de 45 minutes.

Enfin, l'auteur propose une méthode colorimétique clinique, qui consiste à transformer le fer en sulfate et à l'analyser par la coloration du sulfocyanure d'ammonium. DASTRE.

I. — A.-T. WILLIAMSON. A simple method of distinguishing diabetic from non diabetic blood (*Brit. med. Journ.*, *19 sept. 1896*).

II. — B. LYONNET. Sur la réaction décrite par Williamson, etc. (*Lyon méd.*, *24 janv. 1896*).

I. — W. ajoute à 20 millimètres cubes de sang 40 millimètres cubes

d'eau, puis 1 centimètre cube d'une solution de bleu de méthyle à 1 p. 6000 et 40 millimètres cubes de liqueur potassique. On chauffe pendant 4 minutes le tube dans l'eau bouillante. S'il s'agit de sang diabétique, la coloration bleue devient d'un jaune pâle.

II. — L. a vérifié l'exactitude de la réaction de W., et il a pensé qu'on pourrait peut-être, avec cette solution de bleu de méthyle, arriver au dosage du sucre contenu dans le sang. A. CARTAZ.

ZINN. Ueber Stoffwechseluntersuchungen mit dem Fleischpepton (Des recherches sur la nutrition avec la peptone de viande de Liebig) (*Münch. med. Woch. p. 1125, 17 nov. 1896*).

La peptone de viande exerce sur les albumines du corps une action d'épargne. Dans les convalescences, chez les anémiques, les chlorotiques, et les phtisiques où la digestion est affaiblie, elle relève l'appétit, et améliore la digestion, permettant ainsi une alimentation plus abondante.

C. LUZET.

O. COHNHEIM. Ueber das Salzsäure Bindungsvermögen der Albumosen und Peptone (Quantités d'acide chlorhydrique combinées aux albumoses et à la peptone) (*Zeitsch. f. Biol., XXIII, p. 489, 1896*).

L'auteur a déterminé les quantités d'acide chlorhydrique qui se combinent aux différentes variétés de propeptones et de peptone et trouvé, par exemple, que les solutions à 2,5 0/0 de ces substances forment des combinaisons avec les quantités d'acide chlorhydrique suivantes (exprimées en pour cent du poids des albumoses) :

Protalbumose	4,3 0/0
Deuteroalbumose	5,5 0/0
Heteroalbumose	8,2 0/0
Antipeptone	16, 0/0

LÉON FREDERICQ.

KOHLENBERGER. Zur Frage der Resorbirbarkeit..... (Résorbabilité des albumoses dans le rectum) (*Münch. med. Woch., n° 47, p. 1160, 26 nov. 1896*).

Les albumoses introduites dans le rectum (à supposer qu'il puisse absorber) sont entièrement resorbées et utilisées en entier dans l'alimentation artificielle. Ces albumoses ne sont pas absorbées en nature et ne passent pas dans la circulation comme des corps étrangers, mais sont placées dans la réserve d'albumine de l'organisme pour être employées ultérieurement. C. LUZET.

E. DRECHSEL. Ueber die Bindung des Schwefels im Eiweissmolecul (État du soufre dans la molécule d'albumine) (*Centralbl. f. Physiol., X, p. 529, 1896*).

Formation de sulfure d'éthyle (reconnaissable à l'odeur) dans la décomposition de l'albumine par HCl. On l'obtient aussi par décomposition du précipité phosphomolybdique qui contient la Lysine. Il est possible que

le sulfure d'éthyle existe dans la molécule d'albumine sous forme d'une base sulfurée (Thétines de Letts). LÉON FREDERICQ.

J.-E. ABELOUS. Dosage des matières extractives dans les organes (*Archives de physiol., p. 1, 1897*).

Les matières extractives sont celles dont la nature non définie ou la faible quantité ne permettent pas le dosage séparé. Elles sont, en général, d'origine désassimilatrice, azotées, moins oxydées que l'urée et l'acide urique réductrices, existant dans l'urine et les extraits de tissus et d'organes solubles dans l'alcool, oxydables par l'eau bromée. Cette propriété fournit un moyen de les doser. Le foie est l'organe où ces matières sont le plus abondantes (0 gr. 1360 0/0 de tissu hépatique); puis le cœur (0 gr. 1168); puis les muscles (0 gr. 1088).

Le pouvoir réducteur du muscle fatigué s'élève (lapin) à 0,1216 contre 0,1014 pour le muscle inerte, et 0,0960 pour le muscle paralysé. Chez la grenouille, de même, on trouve : muscle tétanisé, 0,1104; muscle au repos, 0,0768; muscle paralysé, 0,556; animal refroidi à 0°, 0,0266. Sur le muscle vivant en place, il en est de même; les matières extractives passent dans le sang. On a, sang de lapin au repos, 0,0274; sang de lapin tétanisé, 0,0342. La quantité supplémentaire d'oxygène qu'un muscle absorbe pendant un travail excessif ne suffit pas pour oxyder l'excédent de matières réductrices, qui résultent de dédoublements plus actifs, d'une vie anaérobie plus intense. DASTRE.

FERMI. Microorganismes et enzymes privés d'azote (*Lo Sperimentale, p. 245, 1896*).

Comme Vinogratzki, l'auteur n'a pu trouver de micro-organisme qui, étant cultivable sur le sucre à 5 0/0, fixe l'azote atmosphérique. Il y a des saccharomycètes, des didimes et des hyphomycètes, dans lesquels les méthodes les plus sensibles ne peuvent démontrer trace d'azote, même si on les a cultivés sur des substratums azotés. Ils seraient donc entièrement formés de composés ternaires. On peut produire des enzymes protéolytiques et inversifs aux dépens de micro-organismes dans des milieux privés d'azote. L'inversine et l'enzyme protéolytique peuvent être des corps non azotés. Il se peut que la composition des enzymes varie comme celle du protoplasma et des albuminoïdes. La vie est donc possible en l'absence d'azote et de sels minéraux. C. LUZET.

I. HALDANE, MAKGILL et MAVROGORDATO. The action of nitrites and physiologically allied substances (*Proceedings of the phys. Soc., 14 nov. 1896*).

Les nitrites changent l'hémoglobine en un mélange de méthémoglobine et de nitrate d'oxyhémoglobine. Le spectre est distinct de celui de la méthémoglobine pure. Le nitrite d'amyle en excès produit des changements plus considérables et un corps identique à la photométhémoglobine. Les accidents causés par les nitrites chez les animaux à sang chaud, souris et lapins, résultent de l'action sur l'hémoglobine et par conséquent sur le ravitaillement en oxygène des tissus. Un animal placé dans l'oxy-

gène à haute pression supporte des doses de nitrite qui, autrement, seraient mortelles. DASTRE.

STICKER. Ammoniak im Mageninhalt und im Speichel (L'ammoniaque dans le contenu stomacal et dans la salive) (*Münch. med. Woch., p. 1010, 20 oct. 1896*).

L'ammoniaque dans l'estomac ne provient normalement ni des aliments, ni de la sécrétion stomacale, mais de la salive qui en contient normalement des quantités notables. C. LUZET.

DE IAGER. Ueber den Einfluss des Kochens auf die Eiweisstoffe der Milch (Influence de l'ébullition sur les albuminoïdes du lait) (*Centralbl. f. med. Wiss., p. 145, 1896*).

L'ébullition du lait de vache semble transformer l'albumine (mais non la globuline) en caséine. Le lait cru contient de l'albumine non précipitée par $MgSO^4$, tandis que le lait bouilli ne contient plus que des albuminoïdes précipités par $MgSO^4$.

LAIT CRU	LAIT BOUILLI
3,15 0/0 caséine	3,5 0/0 caséine
0,35 albumine	0,25 globuline
0,25 globuline	Pas d'albumine.

Le caséum produit par la présure n'est pas identique pour le lait cru et pour le lait bouilli.

Le lait cru est plus facilement digéré par la pepsine que le lait bouilli. Même différence pour le lait cru ou bouilli et ayant au préalable été caséifié par la présure. LÉON FREDERICQ.

HAMBURG. Ueber die Zusammensetzung der Dr Rieth's Albumosemilch..... (*Berlin. klin. Woch., p. 785, 31 août 1896*).

A l'origine, le lait albumosé de Rieth (*R. S. M.*, XLIV, 150) se composait pour 1,000 parties de : 120 grammes de lait de vache, 195 de crème, 14 de blanc d'œuf ; 48gr,5 de lactose ; 0gr,9 de sels alcalins et 655 grammes d'eau. Les sels alcalins comprenaient 0gr,39 de chlorure de potassium, 0gr,312 de carbonate de potasse, 0,gr11 de chlorure de sodium et 0gr,088 de carbonate de soude. La forte proportion de sels alcalins (nécessaire à la préparation de l'albumose par chauffage de blanc d'œuf à 127° C.) était le seul élément qui différenciât sa composition de celle du lait de femme. Comme il paraît vraisemblable de lui attribuer les cas de scorbut ou de maladie de Barlow (*R. S. M.*, XLVIII, 585) observés chez un certain nombre de nourrissons, la formule originale a subi quelques modifications consistant à remplacer le carbonate de potasse par celui de soude et à diminuer notablement la quantité des sels alcalins ; à cet effet, la préparation de l'albumose est faite à 135° et on en a

réduit de près de moitié, de 140 à 80 grammes, sa proportion. Dans sa forme actuelle, le lait albumosé de Rieth a la composition suivante : 120 grammes de lait de vache ; 195 de crème, 8 de blanc d'œuf, 45 de lactose, 0gr,16 de carbonate de soude et 0gr,07 de chlorure de sodium. Dès lors, tous les accidents notés ont cessé. Au fur et à mesure que le nourrisson grandit, on y substitue un lait albumosé rendu plus nourrissant par l'adjonction de lait de vache. J. B.

R. HUTCHINSON. The chemistry of the thyroid gland and the nature of its active constituent (*The Journ. of phys., XX, p. 474, 1896*).

L'auteur opère sur la thyroïde fraîche du mouton. Il constate les faits suivants : La thyroïde contient deux protéïdes, une nucléo-albumine et une matière colloïde. La nucléo-albumine est en faible proportion et vient des cellules périphériques des acinis. La matière colloïde est abondante et est contenue dans les acinis ; elle contient une faible quantité de phosphore et beaucoup d'iode. Son ébullition avec un acide minéral ne fournit point de substance réductrice ; elle ne donne pas de bases nucléiniques ; et, par conséquent, elle n'est pas analogue à la mucine et ne contient pas de nucléine véritable, pas davantage de paranucléine. La digestion gastrique la dédouble en une partie protéique et une partie non protéique. Ce dédoublement est très rapide. Les deux parties contiennent de l'iode, mais la partie non protéique plus que l'autre, en même temps qu'elle contient tout le phosphore. De là résulte que cette substance colloïde est un composé d'une nature spéciale. Les substances extractives ordinaires sont abondantes dans la thyroïde : peut-être y a-t-il parmi elles des corps amidés inconnus. La matière colloïde est le seul constituant actif de la glande. Ses deux dérivés protéique et non protéique sont actifs, mais le premier plus que le second. DASTRE.

WEILS. Ueber den Iodgehalt von Schilddrüsen in Schlesien (Teneur des corps thyroïdes en iode en Silésie) (*Münch. med. Woch., n° 1, p. 6, 5 janv. 1897*).

L'auteur a analysé l'iode contenu dans le corps thyroïde de divers cadavres. Tout d'abord, sur 50 adultes morts de maladies diverses, il trouve une moyenne de 4gr04 d'iode pour un poids total moyen de 7gr02 de corps thyroïde sec. Les teneurs extrêmes en iode sont de 11,52 à 1,24. Dans les goitres, 2 fois sur 9, l'iode n'était qu'à l'état de traces et il est très peu abondant également chez les enfants. C. LUZET.

W. HALLIBURTON et G. BRODIE. Action of pancreatic juice on milk (lait) (*The Journ. of phys., XX, p. 97*).

Le suc pancréatique obtenu au moyen d'une fistule temporaire produit une transformation du caséinogène du lait. Cette transformation diffère de celle qu'exerce le lab-ferment par les traits suivants : 1° Le précipité de caséine qui se forme au bain-marie (35°-40°) est un fin précipité granuleux qui, à l'œil nu, ne change pas l'aspect du lait. Refroidi à la température ambiante, il se dépose en un caillot cohérent, peu contractile,

qui de nouveau porté à 35° se résout en fines granules. Le phénomène peut se reproduire un grand nombre de fois. 2° Le phénomène n'est pas empêché (mais seulement gêné) par l'addition d'une quantité d'oxalate de potassium capable d'empêcher complètement l'activité du ferment lab. Les expériences exécutées avec les extraits glandulaires conduisent au même résultat à moins que l'énergie de la trypsine ne le masque. Le précipité en question peut être appelé *caséine pancréatique*. Le lab-ferment est fait de la véritable caséine. Il est intermédiaire entre la caséine et le caséinogène par la plupart de ses réacteurs de solubilité (eau de chaux, bicarbonate de soude, etc). DASTRE.

S. ARLOING. Réaction de la sueur de l'homme (*Lyon méd., 13 déc. 1896*).

La sueur possède une réaction acide sur tous les points du corps, au début de la sudation, quand elle résulte d'un travail de l'épithélium glandulaire relativement lent ; cette réaction devient neutre, avec une tendance à l'alcalinité lorsque le travail glandulaire est considérable et prolongé.

A. C.

H. KÖBNER. Ueber die Veranderungen des Rohrzuckers im Magen-Darmkanal (Transformation du sucre de canne dans le tube digestif) (*Zeitschr. f. Biologie, XXXIII, p. 404, 1896*).

L'auteur rappelle qu'il a démontré dès 1859 que le sucre de cannes n'est pas altéré dans l'estomac et est seulement interverti dans l'intestin. La transformation se fait lentement : une partie du sucre de cannes est absorbée comme telle et peut être parfois démontrée dans le sang de la veine porte. LÉON FREDERICQ.

Fr.-N. SCHULZ. Ueber die Vertheilung von Fett und Eiweiss beim mageren Thier (Répartition de la graisse et de l'albumine chez l'animal émacié comme contribution à la méthode d'analyse des graisses) (*Archiv f. die ges. Physiol., LXVI, p. 145*).

Dormeyer a montré l'insuffisance de la plupart des procédés pour l'extraction des graisses, auxquels il faut substituer l'opération préalable de la digestion gastrique, dans le cas des muscles. L'auteur montre que la même méthode peut s'appliquer aux autres organes et qu'elle seule peut donner des résultats exacts. Appliquant cela à l'étude de la graisse dans les tissus d'un animal très émacié, il constate que la seule inspection de l'animal ne peut rendre compte de la quantité de graisse qu'il renferme ; l'inanition ne peut l'en débarrasser ou même l'amener au minimum. La teneur en azote des divers organes bien débarrassés de graisse est la même, à très peu près. Il semble que la teneur en cholestérine des différents organes ne varie pas dans l'inanition. La quantité de cholestérine relative paraît donc augmenter. DASTRE.

CHARRIN et VIALLA. Toxicité des urines (*Soc. de biol.*, *1er août 1896*).

Les auteurs ont reconnu que si on injecte des alcools dans les veines, ce sont les supérieurs, ceux qui sont les plus estimés, les meilleurs au goût, qui sont les plus toxiques.

Il en est autrement si on use de la voie digestive, attendu que, dans ces conditions, les produits inférieurs sont ceux qui provoquent les dégénérescences hépatiques les plus marquées. A. C.

F. ARNAUD. Recherches sur l'urologie du phosphorisme chronique chez les ouvriers des manufactures d'allumettes chimiques (*Marseille méd.*, *15 nov. 1896*).

Les principes phosphorés, absorbés par les ouvriers dans les ateliers de fabrication des allumettes chimiques, s'éliminent en grande partie par les urines. Leur élimination lente et continue est liée à une albuminurie à peu près constante, généralement très légère et ne donnant lieu à aucun trouble pathologique appréciable. A un degré plus avancé, l'albuminurie peut s'accompagner d'insuffisance rénale et favoriser ainsi l'apparition des accidents professionnels du phosphorisme.

Le phosphore semble agir, sur les sujets en bonne santé dont les appareils d'élimination fonctionnent bien, non comme un agent toxique, mais comme un agent accélérateur des actes nutritifs, augmentant la désassimilation des matériaux organiques et inorganiques, de l'urée et des matières minérales. S'il survient une altération des appareils d'élimination, l'accumulation dans l'organisme du principe toxique manifeste alors ses effets. LEFLAIVE.

G. VOIRIN et M. LAMBERT. Recherches expérimentales sur l'excrétion du soufre par l'urine (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 59*).

Le rapport du soufre à l'azote de l'urine est, en moyenne, de 13,5, rapport de ces corps dans la formule de l'albumine. Il en résulterait que le soufre de l'urine vient surtout des albuminoïdes. Les composés sulfurés de l'urine sont : 1° soufre complètement oxydé (sulfates) ; 2° soufre incomplètement oxydé (sels des acides sulfoconjugués, sulfocyanates, cystine) transformé en sulfate, en présence des acides et du brome en excès — soufre facilement oxydable ; 3° soufre incomplètement oxydé difficilement oxydable (taurine) transformé en sulfate par fusion avec le nitre et le carbonate de soude ; il est d'origine biliaire.

Pour obtenir le soufre total, on évapore à siccité 50 centimètres cubes d'urine avec azotate de potasse et carbonate de soude, on calcine, refroidit, traite par l'eau acidulée chaude. On fait bouillir, ajoute du chlorure de barium, laisse au frais pendant 12 heures. On dose les sulfates.

Pour obtenir le soufre difficilement oxydable, on traite 50 centimètres cubes d'urine par l'acide chlorhydrique et le brome en excès — ce qui transforme en sulfates les composés sulfurés. On porte à l'ébullition jusqu'à décoloration. On ajoute du chlorure de barium et dose les sulfates. La différence donne le soufre difficilement oxydable.

Le rapport au soufre total du soufre difficilement oxydable augmente

dans les maladies microbiennes, de même dans les intoxications lentes par les poisons du foie (arsénite de potasse, phosphore, acide pyrogallique). Lorsque l'intoxication est effectuée avec lenteur, l'augmentation ne se manifeste qu'au bout de quelques jours, lorsqu'une dose suffisante de toxique a été accumulée dans le foie. Lorsqu'on agit mécaniquement sur le foie, on observe une augmentation analogue qui se produit d'emblée. DASTRE.

O.-A. ZABEL. Sur l'albumine dans les urines des personnes saines (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1896*).

Dans l'urine du matin de 117 soldats, l'auteur a trouvé de l'albumine 22 fois, soit 18 0/0, mais après un travail physique, il en a trouvé chez 90, soit 83,7 0/0. Dans 74,6 0/0 des cas, il y avait, en outre, du mucus dans l'urine. Chez ceux qui montrèrent de l'albumine après un travail physique, celle-ci disparaissait le lendemain. Sur les 22 albuminuriques matutinaux, 9 donnèrent de l'albumine tous les matins et 3 présentèrent des cylindes et des spermatozoïdes. Trois mois plus tard, la même enquête a révélé 12 albuminuriques matutinaux, dont 7 anciens et 5 nouveaux. Encore trois mois plus tard, une nouvelle enquête donna 14 albuminuriques, dont 10 anciens et 4 nouveaux. L'albuminurie matutinale chez les personnes saines varie donc entre 18,8 0/0 et 24,7 0/0; elle est paroxysmale ou permanente. Cette dernière s'observe surtout chez les alcooliques. Les phosphates en excès et l'oxalate de calcium s'observent chez 22,2 0/0 des albuminuriques. Sur les 117 soldats, 31 présentèrent donc, à un moment quelconque, de l'albumine. De ce nombre, 17 ont fait une maladie infectieuse ou des voies urinaires dans l'année précédente, 6 autres sont entachés d'alcoolisme, et 8, soit 10,8 0/0, n'offrent aucune cause de leur albuminurie. Parmi ces 8 albuminuriques, 5 présentèrent de la phosphaturie ou de l'oxalurie. L'ingestion des aliments n'a aucune influence sur l'albuminurie chez les personnes saines.

L'auteur conclut que l'albuminurie physiologique n'existe pas, et que si on trouve, chez des personnes apparemment saines, de l'albumine dans les urines, il s'agit d'une néphrite latente. H. FRENKEL.

I. — B. LAQUER. Ueber die Beeinflussung der Alloxurkörper-Ausscheidung durch Milchdiät und über Fettmilch bei Gicht (*Berlin. klin. Woch., n° 36, 7 sept. 1896*).

II. — Le même. Nachtrag zu dem Aufsatze über Herabsetzung der Harnsäureausscheidung bei Milchdiät (*Ibid., n° 38, 21 sept. 1896*).

I. — Chez les gens sains, l'ingestion de liquides augmente l'excrétion des corps alloxuriques, acide urique et bases xanthiniques. La diète lactée accroît l'élimination des bases xanthiniques, tandis qu'elle restreint celle de l'acide urique.

Le lait gras de Gärtner est un agent diététique excellent dans la diathèse urique.

II. — L'eucasine provoque une diminution très considérable de l'acide urique excrété. J. B.

I. — Paul MASOIN. Influence de l'extirpation du corps thyroïde sur la toxicité urinaire (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 283*).

II. — Le même. Remarques concernant la toxicité urinaire pour la détermination des fonctions du corps thyroïde (*Ibid.*, *VII*, *p. 368*).

I. — La toxicité urinaire s'élève après la thyroïdectomie. La courbe de toxicité suit sensiblement celle des accidents consécutifs à la thyroïdectomie; elle s'élève au moment des attaques épileptiformes et des accès de polypnée. L'inanition tend à diminuer le coefficient urotoxique; le régime lacté est sans influence. Ces recherches constituent un argument de plus pour considérer le corps thyroïde comme un organe chargé de détruire des produits toxiques qui, en son absence, s'accumulent dans l'organisme.

II. — L'auteur admet que la dose toxique en général est proportionnelle au poids de l'animal; principe général qui serait contesté à tort, par Godart et Slosse. DASTRE.

E. TENBAUM. Ueber Kalkausscheidung durch den Harn bei Diabetes (Excrétion de chaux par les urines dans le diabète) (*Zeitschr. f. Biol.*, *XXXIII*, *p. 379*, *1896*).

Énorme augmentation de la chaux dans les urines des diabétiques, surtout dans les cas de diabète grave. L'augmentation de la chaux correspond à une augmentation de l'urine et des substances azotées de l'urine : elle dépend probablement en majeure partie au moins de la chaux des ingesta dont la quantité est augmentée. LÉON FREDERICQ.

STOKVIS. Kurze Notiz über die Pathogenese der Hamatopoporphyrinurie (*Centr. für med. Wiss.*, *p. 177*, *1896*).

Présence constante de petites quantités d'hématoporphyrine dans l'urine normale du lapin.

Possibilité d'hématoporphyrinurie sans hémorragies intestinales. Possibilité d'administrer chez le lapin le sulfonal englobé dans une bouillie de lait et d'amidon cru, de manière à éviter les hémorragies stomacales et l'hématoporphyrinurie sulfonalique. LÉON FREDERICQ.

MAY. Lävulosurie (*Deut. Archiv für klin. Med.*, *LVII*, *p. 279*).

On doit admettre, dit May, l'existence de lévulose dans l'urine quand le plan de polarisation est dévié à gauche, que l'urine réduit les oxydes métalliques, que la levûre y développe de l'alcool et de l'acide carbonique et enfin quand on y peut mettre en évidence le phényldextrosazon. Après la fermentation, la déviation à gauche et la réduction sont des signes qui peuvent faire défaut. C. LUZET.

J. GUILHON. Recherches expérimentales sur les propriétés coagulantes et sur les propriétés toxiques de quelques urines physiologiques et pathologiques (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

L'urine normale injectée dans les vaisseaux du lapin y produit des coagulations qui peuvent être regardées comme la cause de la mort de l'animal.

Si l'on injecte la même urine en rendant le sang incoagulable au moyen de l'extrait de têtes de sangsues, il faut souvent en injecter, pour tuer l'animal, une quantité double.

On peut donc, par ce moyen, calculer le coefficient uro-toxique vrai d'une urine en opposition avec les coefficients obtenus jusqu'ici qui ne sont que des coefficients uro-toxiques apparents ou mieux des coefficients uro-coagulants puisqu'ils sont calculés d'après la quantité d'urine nécessaire pour obtenir la mort du lapin par coagulations intravasculaires.

Le coefficient uro-coagulant d'une urine physiologique étant 0,234, le coefficient uro-toxique vrai a été 0.193; celui-ci égale donc les 82 centièmes de celui-là.

Ces deux propriétés biologiques : propriété coagulante et propriété toxique sont indépendantes l'une de l'autre, car le coefficient uro-coagulant et le coefficient uro-toxique peuvent être égaux (dans le cas de phlébite, par exemple) ou différer beaucoup (cancer); le coefficient uro-toxique peut être dans ce cas les 62 centièmes du coefficient uro-coagulant, écart considérable dont la constatation pourrait servir au diagnostic des cancers profonds. DONNADIEU.

KAUFMANN. Recherches sur le lieu de formation de l'urée (*Arch. de physiol., VI, p. 531*).

L'urée semble exister dans tous les tissus de l'organisme des mammifères. Sa proportion est plus forte dans les tissus que dans le sang. Tous les tissus semblent produire de l'urée, mais en quantité très différente. Le foie est, chez les mammifères, le siège le plus actif de la formation de l'urée. La production de l'urée semble liée aux phénomènes de dénutrition qui s'accomplissent dans les divers tissus et surtout au travail d'élaboration et de préparation des matériaux nutritifs que le foie déverse incessamment dans la circulation générale. DASTRE.

VAN DER WEY. Beitrag zur Kenntniss der Leukämie (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVII, p. 287*).

Sur deux malades leucémiques, l'on eut pendant des expériences de plusieurs jours, de grosses pertes d'azote. Dans un second cas, pendant des recherches de 7 jours de durée, et malgré la fièvre, il y eut maintien de l'équilibre azoté. L'examen du sang fait en même temps a montré qu'il n'y a pas de rapport entre l'augmentation du nombre des leucocytes du sang et l'excrétion urinaire. A la suite d'une forte perte de sang (épistaxis), il survint une forte excrétion d'azote.

D'après les recherches portant sur un individu atteint de fièvre aiguë avec leucocytose considérable, l'augmentation épicritique d'acide urique paraît de-

voir être, dans certaines maladies infectieuses, rapporté en grande partie à la leucocytose. C. LUZET.

LUZATTO. Contributo alla studio dei proteici del siero sanguigno nella putrefazione (*Lo Sperimentale, p. 146, 1896*).

Les substances protéiques du sang et des transsudats ressentent assez lentement l'action destructive des bactéries saprogènes; tellement qu'après examen dans le liquide mis à putréfier, on rencontre encore une quantité notable de ces substances non modifiées. Le processus n'a pas une marche graduelle et régulière; il est en relation très étroite avec la température ambiante. Dans le sérum sanguin, il se détruit plus de globuline que de séro-albumine, et ce rapport s'accentue avec les progrès de la décomposition. Dans les transsudats, ce rapport n'est pas constant. C. LUZET.

L. GARNIER. Sur une volumineuse concrétion phosphatique trouvée dans l'estomac (*Arch. de physiol., VI, p. 649*).

Un garçon de 15 ans est opéré de la taille vésicale ; on extrait un volumineux calcul de phosphate à gros noyau de xanthine. Dix ans plus tard ce garçon de 25 ans meurt empoisonné par l'arsenic à haute dose (intoxication aiguë); on trouve dans la vessie un nouveau calcul de phosphate de chaux (15 0/0), phosphate ammoniaco-magnésien (84 0/0). On en trouve dans l'estomac (faiblement enchatonné dans la muqueuse) de composition suivante : phosphate de chaux, 11 0/0 ; phosphate ammoniaco-magnésien, 52 0/0; mucus et albumine, 36 0/0. DASTRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

M. LETULLE. Anatomie pathologique : cœur, vaisseaux, poumons (*In-4°, avec planches, Paris, 1897*).

Sous ce titre M. Letulle fait paraître un beau volume de plus de 400 pages, renfermant plus de 102 figures dont plusieurs en couleur.

Dans sa préface il explique comment il n'a eu l'intention de faire ni un traité didactique ni un manuel, mais bien de publier une suite d'études anatomo-pathologiques, résumant son enseignement et ses recherches personnelles.

Les principales lésions des organes, indiquées en tête de l'ouvrage, ont été étudiées tant au point de vue macroscopique qu'au point de vue histologique.

Un chapitre d'anatomie et de physiologie générale, aussi bien pour le

cœur que pour les bronches et le poumon, est placé en tête de ces descriptions anatomo-pathologiques, afin qu'on puisse revoir rapidement les grandes lignes de la structure et du fonctionnement des parenchymes dont on va étudier les lésions. Chaque fois que le sujet le réclame, le mécanisme pathogénique de ces lésions est passé en revue dans un paragraphe spécial. De même la description des lésions infectieuses d'un organe est suivie d'une courte étude de microbie rappelant les caractères des agents qui produisent ces adultérations.

Voici les titres des chapitres de ce livre, qui indiquent les altérations organiques qui y sont décrites. Dilatation du cœur. Hypertrophies du cœur. Lésions organiques du cœur (myocardites aiguës et myocardites chroniques). Lésions interstitielles du cœur. Lésions des vaisseaux coronaires. Endocardites. Affections valvulaires du cœur. Lésions de l'asystolie. Péricardites. Artérites. Phlébites. Varices. Lésions des lymphatiques. Bronchites. Broncho-pneumonies. Pneumonie franche aiguë. Pneumonies chroniques. Dilatation des bronches. Emphysème pulmonaire. Apoplexie pulmonaire. Tuberculose pulmonaire.

Fidèle avant tout à sa préoccupation de faire œuvre pratique et d'être utile aux élèves, Letulle a eu l'heureuse idée de consacrer deux intéressants chapitres à la manière de faire l'autopsie d'un cœur et des poumons et de réserver un paragraphe à la description de l'autopsie d'un poumon de phtisique. On y trouvera en outre des renseignements indispensables à connaître sur la conservation des pièces et la technique microscopique.

H. BOURGES.

V. CORNIL. Des modifications que subissent les cellules endothéliales dans les inflammations (*Arch. de méd. exp.*, *IX*, *p. 9*).

Les cellules endothéliales des séreuses subissent dans l'inflammation des modifications qu'on peut rapprocher de celles que présentent, dans les mêmes conditions, les cellules plates du tissu conjonctif ou celles qui tapissent les alvéoles pulmonaires.

Dans l'inflammation expérimentale de la séreuse pleurale avec exsudat fibrineux, on observe les modifications suivantes du tissu conjonctif de la plèvre et de son endothélium pendant les quatre premiers jours : les cellules plates du tissu conjonctif pleural se tuméfient et multiplient leurs anastomoses, tandis que leurs noyaux prolifèrent ; ces lésions se voient surtout autour des vaisseaux sanguins gorgés de sang ; ce tissu conjonctif est en outre envahi par de nombreux leucocytes polynucléés. L'endothélium se tuméfie de même, se relève formant des cellules à pied et pénètre dans la fibrine qui s'est déposée à la surface de la plèvre en la perforant de ses longs prolongements anastomosés. La fibrine continue à se déposer par couches stratifiées successives entraînant à sa surface un certain nombre de ces cellules endothéliales, tandis que les autres demeurent dans l'épaisseur du dépôt fibrineux. A la limite de ce dépôt fibrineux et du tissu conjonctif pleural, on voit des cellules d'origine soit épithéliale, soit conjonctive, pénétrant à la fois dans le tissu conjonctif et dans la fibrine ; quelques-unes en rapport avec la paroi d'un petit vaisseau de la plèvre envoient une pointe d'accroissement dans la fibrine. Vers le 5e jour,

ces cellules sont presque toutes anastomosées entre elles dans la fibrine et aussi avec celles du tissu conjonctif pleural. A ce moment, certaines de ces cellules se disposent parallèlement ou s'adossent de façon à limiter dans la fibrine des cavités canaliculaires, à la rencontre desquelles les capillaires de la plèvre s'avançent en pénétrant dans la fibrine pour finir par s'y aboucher et y déverser du sang, constituant ainsi dans le dépôt fibrineux un réseau capillaire de nouvelle formation. Enfin, vers le 8e ou 10e jour, des fibres de tissu conjonctif apparaissent dans le dépôt fibrineux autour et le long des cellules ; les cellules superficielles endothéliales s'aplatissent et s'appliquent comme à l'état normal à la surface ; la fibrine disparaît peu à peu par résorption et il ne reste plus en dernière analyse qu'un épaississement conjonctif de la plèvre.

Dans les adhérences péritonéales ou pleurales, les mêmes phénomènes s'observent : tuméfaction et anastomose des cellules endothéliales et conjonctives qui pénètrent la lame de fibrine exsudée, intermédiaire aux surfaces séreuses adossées ; réunion de ces surfaces par la fibrine et le réticulum de ces cellules ; apparition des cellules vaso-formatives, qui s'abouchent avec les vaisseaux de la séreuse et renforcent l'adhérence par des liens vasculaires ; enfin, organisation conjonctive avec résorption de la fibrine, aboutissant ainsi à une adhérence fibreuse par un processus identique à celui que Ranvier a décrit pour la cicatrisation cutanée.

Dans les alvéoles pulmonaires enflammées expérimentalement et aussi dans la pneumonie fibrineuse de l'homme, on retrouve pour l'épithélium l'ébauche des transformations que subit l'endothélium d'une séreuse enflammée ; les cellules pulmonaires se relèvent à la surface de l'alvéole, s'en détachent en formant des prolongements, pénètrent dans l'intérieur de l'exsudat fibrineux et s'y anastomosent. Le travail d'organisation du contenu fibrineux de l'alvéole peut aller jusqu'à la néo-vascularisation et même la production d'un tissu permanent. Mais ce processus complet ne s'observe que dans de rares alvéoles. H. BOURGES.

L. RANVIER. Une théorie nouvelle sur la cicatrisation et le rôle de l'épithélium antérieur de la cornée dans la guérison des plaies de cette membrane (*C. R. Acad. des Sc., 28 déc. 1896*).

Une incision faite à la face antérieure de la cornée se cicatrice avec une étonnante rapidité : au bout de vingt-quatre heures il s'est formé sur la surface de section un nouveau revêtement épithélial. On serait tenté de croire que les cellules épithéliales qui remplissent la solution de continuité résultent de la prolifération des cellules anciennes, confinant à la ligne de section. Or, il n'en est rien ; elles proviennent simplement du glissement des cellules voisines préexistantes et de leur effondrement successif dans la solution de continuité. En effet, l'ancien revêtement épithélial de chaque côté des lèvres de la plaie, bien loin de montrer les signes d'une suractivité nutritive ou formative, est, au contraire, singulièrement atténué ; il est diminué de hauteur ; sa structure aussi est modifiée : la couche moyenne de cellules cubiques a disparu en partie, et les cellules cylindriques profondes se sont élargies et ont perdu de leur hauteur. A partir du bord de la plaie, ces modifications, très accusées

d'abord, s'atténuent peu à peu, mais ne disparaissent complètement qu'au delà d'une distance égale à un millimètre. Ce ne sont point des modifications de nature irritative, mais d'ordre purement mécanique. Les cellules profondes de l'épithélium cornéen sont, à l'état de tension, comme des billes molles et élastiques comprimées dans un sac ; si l'on fend en un point la paroi du sac, les billes s'en échappent. M. DUVAL.

GALEOTTI. Ueber experimentelle Erzeuzung von Unregelmassigkeiten..... (Production expérimentale d'irrégularités dans le processus karyokinétique) (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XX, p. 192*).

L'élévation de la température au-dessus de la normale excite chez la salamandre la division indirecte et dans son épithélium on trouve une augmentation du nombre des karyokinèses et la présence de kinèses asymétriques, de cellules hyper- et hypochromatiques, qui en proviennent, et de kinèses multipolaires. Cette excitation, en provoquant une activité superflue, épuise en même temps la force vitale des cellules; de là proviennent dans les tissus néoformés des formes de dégénérescence (vacuolaire et pigmentaire). A la suite de ces dégénérations peut survenir une seconde série d'anomalies kinétiques consistant en altérations de situation des anses chromatiques (manque d'orientation) par déchirure des éléments achromatiques du fuseau et en altérations des éléments chromatiques eux-mêmes (fusion de ces éléments, modifications de leur forme et de leur puissance colorante). Le courant galvanique n'agit qu'indirectement sur les kinèses, par production de métamorphoses régressives, pouvant aller jusqu'à la nécrose. Le courant faradique favorise la division, mais les courants alternatifs empêchent vraisemblablement l'orientation des éléments protoplasmiques, et par suite cette sorte de courant ne fait qu'augmenter la division directe presque exclusivement. Le courant induit de même sens à ondes très rapprochées contracte le protoplasma. Il s'ensuit des figures kinétiques particulières, mais sans caractère pathologique. C. LUZET.

L. RÉNON. Étude sur l'aspergillose chez les animaux et chez l'homme (*In-8°, Paris, 1897*).

Cet intéressant travail de 300 pages est entièrement consacré à l'étude des effets pathogènes de l'aspergillus fumigatus, tels qu'ils se produisent spontanément ou expérimentalement chez les animaux et spontanément chez l'homme.

1° *Aspergillose spontanée des animaux.* — Parmi les Mammifères, elle atteint surtout le cheval et la vache ; elle est cependant rare. Lucet et Thary l'ont bien étudiée. L'infection d'origine alimentaire se fait par l'intermédiaire des poussières des fourrages ou des grains. Elle revêt soit une forme suraiguë ou aiguë avec signes de septicémie hémorragique et hémorragies interstitielles généralisées, ou avec hépatisation pulmonaire et parfois fonte purulente des poumons et abcès métastatiques dans les organes ; soit une forme chronique pouvant simuler la tuberculose pulmonaire avec production dans tous les organes, mais surtout dans les poumons de tubercules ressemblant absolument à ceux produits

par le bacille de Koch. On retrouve les spores et le mycélium de l'aspergillus dans le jetage. Chez le cheval on observe aussi une forme caractérisée par des néoplasies sous-cutanées (Drouin et Rénon).

Chez les oiseaux la lésion la plus caractéristique est une plaque membraneuse dans les bronches et les sacs aériens, provoquant de la dyspnée et un amaigrissement progressif. L'aspergillus peut encore tuer les embryons dans des œufs en incubation (Lucet).

2° *Aspergillose expérimentale.* — L'aspergillus est généralement rangé parmi les ascomycètes. On peut l'étudier sans coloration après éclaircissement par l'alcool, la potasse à 40 0/0 ou l'acide acétique, ou le colorer par le liquide de Ziehl dilué, la safranine, l'éosine ou la théonine. Il cultive mal ou pas du tout sur les milieux de culture habituellement employés pour le développement des microbes, mais très bien dans le liquide de Raulin, dans les milieux riches en glycose et un peu acides, sur le moût de bière, la solution de maltose indiquée par Sabouraud pour le tricophyton, la pomme de terre, le lait, l'urine humaine acide.

Les spores sont tuées à 100° ou par un séjour d'un quart d'heure dans une solution de sublimé à 1/100. Généralement verdâtres, elles deviennent noirâtres sur les milieux alcalins ou neutres, exceptionnellement jaunâtres. Leurs habitats ordinaires sont les graines ou les végétaux.

Les oiseaux, surtout le pigeon sont plus sensibles aux inoculations que les mammifères, le chat et le chien paraissent réfractaires. L'inoculation intra-veineuse tue les animaux en moins d'une semaine, l'inoculation intra-pleurale en 15 ou 20 jours ; les inoculations sous-cutanées, intra-musculaires, intra-parenchymateuses ne sont presque jamais suivies de mort. Il est très difficile de transmettre expérimentalement l'aspergillose par inhalation ou ingestion.

L'aspergillose expérimentale se transmet de la mère au fœtus. Les lésions aspergillaires obtenues par inoculation chez les animaux revêtent toujours la forme de lésions tuberculeuses. Elles portent principalement sur les reins chez le lapin et le cobaye, sur le foie chez le pigeon. On peut trouver exceptionnellement une disposition radiée des touffes de mycélium prenant un aspect actinomycosique.

Jusqu'à présent on n'a pu obtenir une immunisation sérieuse des animaux contre l'aspergillose expérimentale. L'aspergillus ne produit pas de toxines ni de substances vaccinantes ; le sérum d'animal atteint d'aspergillose n'immunise pas contre l'aspergillus ; les injections progressivement croissantes de spores virulentes ne donnent pas d'immunisation.

L'iodure de potassium et l'iode, l'arsenic retardent ou empêchent la fructification de l'aspergillus dans les milieux de culture (Lucet),

3° *Aspergillose de l'homme.* — A. *Aspergillose de l'appareil respiratoire.* — Il existe un grand nombre d'observations dans lesquelles on a constaté l'aspergillus au niveau de lésions bronchiques ou à la surface de cavernes tuberculeuses des poumons. Mais quelques cas indubitables dans lesquels l'examen des crachats et l'inoculation négative au cobaye, ont démontré la nature non tuberculeuse des lésions pulmonaires, ont servi à établir l'existence de l'aspergillose pulmonaire primitive (cas de Gaucher et Sergent et de Rénon) qui est encore contestée en Allemagne. Enfin, il semble que la tuberculose pulmonaire puisse se greffer secondairement sur l'aspergillose pulmonaire primitive.

Les crochets d'aspergillose pulmonaire renferment des fragments de mycélium et des spores qu'on constate à l'examen microscopique et qui se développent aisément par ensemencement sur le liquide de Raulin.

On n'a guère rencontré l'aspergillose pulmonaire primitive que chez des personnes maniant des graines ou des farines (gaveurs de pigeons, peigneurs de chevaux). Les symptômes observés sont de l'essoufflement, de petites hémoptysies, de la toux quinteuse avec expectoration purulente, quelquefois des accès d'asthme se répétant fréquemment. L'auscultation révèle des signes d'induration à un des sommets ou aux deux. Il n'y a pas d'extension progressive et graduelle des lésions et la régression est de règle à moins que l'infection tuberculeuse ne se greffe sur les altérations déjà produites par l'aspergillus.

Anatomiquement Rénon distingue : 1° une forme inflammatoire avec emphysème et série de petites cavités, distension des alvéoles et infiltration de leurs parois, et végétation aspergillaire dans l'alvéole ; 2° une forme abortive avec nodules ressemblant à des tubercules avec réaction interne du parenchyme pulmonaire qui les entoure ; 3° une forme compliquée de tuberculose.

Le traitement consiste dans l'emploi de l'iodure de potassium et de l'arsenic et de tous les moyens qui peuvent relever l'état général.

L'aspergillose pulmonaire secondaire n'est guère révélée que par l'examen des crachats. Elle se présente anatomiquement sous forme de végétation mycosique sur la paroi d'une bronche dilatée, sous formes de tubercules, ou sous forme d'un enduit verdâtre revêtant des cavernes tuberculeuses.

B. *Aspergillose rénale.* — On n'en connaît que trois observations, toutes secondaires. Des fragments de mycélium se retrouvaient dans les urines.

C. *Aspergillose cutanée.* — Elle se manifeste par des taches brunâtres au niveau d'ulcérations cutanées.

D. *Kératomycose aspergillaire.* — Il se fait une ulcération de la cornée qui ne tarde pas à se recouvrir d'une fausse membrane contenant des filaments mycéliens.

E. *Aspergillose naso-pharyngée.* — On a trouvé dans les fosses nasales ou dans l'antre d'Highmore des masses aspergillaires entretenant une inflammation chronique et des formations polypeuses.

F. *Otomycose aspergillaire.* — Elle est fréquente. Il se forme un dépôt farineux d'aspergillus sur le tympan et il en résulte de la surdité, des bourdonnements d'oreille et un écoulement aqueux. Le dépôt enlevé, les symptômes disparaissent, mais les récidives sont fréquentes.

H. BOURGES.

C. VANLAIR. Recherches chronométriques sur la régénération des nerfs (*Arch. de physiol., VI, p. 217*).

Chez le chien, et sans doute aussi chez l'homme, la régénération nerveuse régulière s'effectue avec une constance chronologique presque parfaite. En considérant le délai total, on peut évaluer la vitesse moyenne des fibres adventives à 1 millimètre par jour. Pour le premier stade,

prolifération initiale et expansion exodique, il faut 40 jours. Dans le système intercalaire entre les deux bouts du nerf coupé, les fibres nouvelles marchent à raison de 2,5 décimillimètres par jour. La progression des éléments nouveaux à travers le bout périphérique se fait à raison de 1 millimètre par jour, vitesse plus grande que dans l'espace intercalaire à cause de la facilité du cheminement dans les tubes endonévriques ou endoneuriaux vidés par l'atrophie des fibres anciennes. C'est l'état physique des milieux qui décide de la rapidité de progression des fibres nouvelles comme de leur direction. DASTRE.

MINGAZZINI. Pat.-Anat. Untersuchungen über den Verlauf..... (Trajet de quelques voies nerveuses du système nerveux central de l'homme) (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XX*, *p. 1413*).

D'après ses études sur 2 enfants, morts à la suite de polyencéphalite infantile, Mingazzini relève les faits suivants au sujet de l'atrophie cérébro-cérébelleuse croisée. Les fibres transverses du front, qui occupent la couche superficielle, émanent des cellules ventrales du pont. Ces cellules sont, d'autre part, unies aux parties latérales du pied du pédoncule, dont les fibres émanent de l'écorce cérébrale. Les fibres de la partie médiane et d'une grande portion de la zone latérale du pied du pédoncule émanent des cellules moyennes du pont, qui sont, d'autre part, reliées aux fibres du stratum complexum et profond et à une petite partie des fibres du stratum superficiel, émanent des cellules cérébelleuses du côté opposé. Autrement dit, parmi les fibres transverses du pont, quelques-unes (stratum superficiel presque entier) émanent du pont, les autres (stratum complexum et profond) émanent du cervelet. De quelques cellules du pont émanent des fibres transverses, qui s'élèvent dans le raphé.

L'auteur émet aussi des idées nouvelles sur l'origine et le croisement des fibres du bras conjonctif, sur les fibres arciformes du bulbe et sur les corps bigéminés postérieurs. C. LUZET.

SAXER. Anatomische Beiträge zur Kenntniss der sogenannten Syringomyelie (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XX*, *p. 332*).

L'auteur décrit 10 cas différents, tant au point de vue clinique qu'étiologique et anatomo-pathologique. Il n'est pas impossible que des anomalies congénitales jouent un rôle dans la formation des cavités de la moelle; mais c'est là une supposition qui n'est pas encore prouvée. La persistance de restes de tissu germinatif embryonnaire, c'est-à-dire de cellules jeunes encore susceptibles de différenciation, à la partie postérieure du canal de l'épendyme, est quelque peu invraisemblable. La formation des cavités est indépendante du canal central, et la réunion des deux cavités n'est que secondaire. Le revêtement des cavités par l'épithélium épendymaire, que l'on observe souvent, provient des cellules de ce canal. En somme, la syringomyélie a les causes les plus diverses et se produit par les processus les plus différents. Le mot syringomyélie ne désigne donc pas une unité anatomique; il vaudrait mieux employer, suivant les cas, les expressions de méningite avec syringomyélie ou avec hydromyélie. L'épithélium du canal central peut sûrement prendre part à la formation de névroglie, mais il n'est pas le seul producteur de néo-

formation gliomateuse. Il est certain, quoi qu'en dise Weigert, que souvent la cavité peut se produire par ramollissement du gliome. A noter le cas jusqu'ici unique de néoplasme pourvu de fibres nerveuses à myéline avec gaines de Schwann. C. LUZET

TEDESCHI. Die Friedreich'sche Krankheit (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XX, p. 51*).

Individu de 17 ans, atteint de maladie de Friedreich et mort de pneumonie. On trouve à l'autopsie, dans la moelle épinière de la leptoméningite spinale chronique, surtout en arrière, avec amincissement de la moelle, atrophie des racines postérieures et des colonnes de Clarke, altération des ganglions spinaux et du cordon cérébelleux direct dans la moelle cervicale et des zones de Lissauer. Dans les cordons postérieurs se trouvaient, à côté d'un processus ancien d'hyperplasie de la névroglie, des signes de dégénérescence récente et une dégénérescence complète de la zone radiculaire moyenne ; seule la zone cornucommissurale était intacte. La maladie avait débuté par le tremblement typique qu'avaient suivi des mouvements choréiques, puis ataxiques, accompagnés de troubles de la parole et d'altération du caractère. Par contre, il n'existait ni troubles de la face et des yeux, ni lésions trophiques, ni accès apoplectiformes, ni contractures.

L'auteur montre que l'analogie de la maladie de Friedreich avec le tabes est ici manifeste, non seulement aux points de vue anatomique et clinique, mais aussi à celui de l'étiologie. Comme dans celle-ci agit le virus syphilitique, le virus tuberculeux agit dans la maladie de Friedreich, sur certaines portions du système nerveux incomplètement développés ou constitutionnellement faibles. C. LUZET.

BÖDEKER et JULIUSBURGER. Ueber Rückenmarksveränderungen bei progressiver, mit dem Tode endigender Anämie (*Berlin. klin. Woch., n° 33, p. 748, 17 août 1896*).

1er cas : Femme de 56 ans ; en juin 1894, érysipèle de la face ; à la fin de septembre suivant, fréquentes douleurs de tête, troubles visuels, pâleur des muqueuses ; ultérieurement, lipothymies réitérées, démarche incertaine, vertigineuse ; oscillations, les yeux clos. Ataxie des membres inférieurs et un peu des supérieurs ; pas de troubles marqués de la sensibilité ; diminution de la force brute des muscles ; conservation des réflexes tendineux et de la réaction des pupilles. En août 1895, double érysipèle facial. Depuis lors, paresthésies diverses ; partout sensibilité exquise à la douleur. Anémie extrême ; sang aqueux, rouge clair ; diminution considérable du nombre des hématies ; poikilocytose. Mort en novembre 1895. A l'autopsie : Anémie intense de tous les organes. Aspect gelée de groseilles de la moelle osseuse. Petits foyers de nécrose parsemés dans le foie ; épithélium des tubes urinifères regorgeant de granulations de pigment. Sclérose des cordons postérieurs de la moelle occupant à la région lombaire la zone radiculaire moyenne et augmentant d'intensité et d'étendue à mesure qu'on se rapprochait de l'extrémité supérieure. Au niveau des lombes, la sclérose des cordons latéraux forme un petit triangle à base tournée vers la périphérie ; plus haut, elle augmente aussi d'étendue et d'intensité et envahit les cordons latéraux pyramidaux cérébelleux et une partie des faisceaux de Gowers. Au niveau du cou, il y a de la sclérose diffuse des cordons antérieurs qui, partout, est environnée de parties claires formées par un système d'espaces plus ou moins arrondis dans lesquels on trouve des

fibres à myéline à tous les stades possibles de dégénération et particulièrement au voisinage des vaisseaux, mais fréquemment aussi immédiatement au-dessous de la pie-mère, des cellules arrondies à un ou deux noyaux. Sur les territoires sclérosés, les petits vaisseaux offrent de l'épaississement des parois et des dépôts hyalins ; leur lumière est souvent rétrécie et remplie de thrombus. Il y a abondance de cellules aranéennes. Dans la substance grise se trouvent par-ci par-là de petits foyers de dégénération aiguë des fibres de myéline. Une faible partie seulement des cellules des cornes antérieures est altérée : leur protoplasma est trouble, leurs granulations tombées en poussière, etc. ; souvent on ne voit plus leur noyau ou bien il est marginal ; dans un certain nombre de ces cellules, on distingue des corps en forme de bâtonnets ronds, sur les coupes, qui tantôt traversent toute la longueur de la cellule, tantôt ne sont qu'en partie à son intérieur et en partie dans l'espace péricellulaire, tantôt, enfin, sont complètement libres dans celui-ci. On aperçoit aussi des altérations dans les cellules, les vaisseaux et les fibres des colonnes de Clarke. Dans les cordons postérieurs, les lésions remontent jusqu'aux noyaux ; dans les cordons latéraux pyramidaux, jusqu'à l'entrecroisement des pyramides ; dans les cordons latéraux cérébelleux, jusque dans la région de l'hypoglosse. La pie-mère et ses vaisseaux, les racines extra-médullaires n'offrent aucune modification, tandis que les racines postérieures, à leur entrée, se trouvent partiellement en dégénération aiguë.

2e *cas :* Homme de 27 ans, de pâleur extrême, ayant depuis un an des paresthésies dans les membres, surtout inférieurs et depuis quelques mois des accès vertigineux ; puis apparurent de vives douleurs, une sensibilité extrême à la pression, de l'ataxie, d'abord aux membres inférieurs, ensuite aux supérieurs, un trouble considérable du sens musculaire, la suppression du réflexe rotulien, une anémie profonde, de l'incontinence des sphincters. Dans les dernières semaines de vie, le malade présenta de la névrite optique et finalement une paraplégie absolue.

A l'autopsie, lésions médullaires identiques à celles du cas précédent, mais réparties différemment ; au lieu d'être symétriques, elles forment des taches, des foyers.

Il s'agit, dans les 2 cas, de ces lésions médullaires décrites par Lichtheim, Münnich, Nonne, dans l'anémie mortelle ; elles ne sont pas la conséquence de l'anémie, mais dépendent de la même cause qu'elle, cause inconnue.

J. B.

W. TEICHMULLER. Ein Beitrag zur Kenntniss der im Verlaufe der perniciösen Anämie.... (Des affections spinales observées dans le cours de l'anémie pernicieuse) (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenh.*, *VIII*, *p. 385*).

Les conclusions de ce travail sont les suivantes : il survient, au cours de l'anémie pernicieuse, des altérations de la substance grise médullaire, et celles-ci peuvent même être très prononcées. La dégénération en plaques ou en foyers de la substance blanche doit être rapportée à des hémorragies intramédullaires. On peut mettre en doute que la même pathogénie s'applique aux dégénérations fasciculées. L'étude des altérations vasculaires au cours de l'anémie pernicieuse gagnerait à être poussée plus loin. Nombreuses figures. PIERRE MARIE.

O. LUBARSCH. Rückenmarck bei Carcinomatosen (La moelle chez les cancéreux) (*Zeitschr. f. klin. Med.*, *XXXI*, *p. 389*).

Sur 19 cas de cancer des divers organes où l'examen histologique de

la moelle fut fait avec soin, celle-ci était 8 fois normale. Dans les 11 autres cas existait une prolifération de la névroglie à distribution très variable, ordinairement dans toute la moelle. Les racines postérieures étaient souvent intéressées. Le gonflement œdémateux était léger; il ne s'agissait pas d'un phénomène purement agonique ou même cadavérique; ce gonflement manquait en effet sur d'autres moelles examinées dans les mêmes conditions.

Ces lésions médullaires peuvent être attribuées: 1° dans la plupart des cas aux modifications du sang; 2° dans le cas spécial de cancer de l'estomac aux modifications du chimisme gastrique et à l'auto-intoxication; 3° à une infection secondaire dans le cas d'ulcération cancéreuse; 4° à la réunion de ces divers facteurs étiologiques. A. F. PLICQUE.

GOLDMANN. Histologische Untersuchungen über die Verbreitung der Carcinome im Venensystem (*Berlin. klin. Woch., p. 549, 15 juin 1896*).

L'envahissement des veines par le cancer s'effectue de trois manières. En premier lieu, on trouve à l'intérieur de veines perméables, non thrombosées, les cellules carcinomateuses caractéristiques qui doivent avoir, partant, comme les cellules endothéliales, la faculté de maintenir le sang fluide; en second lieu, le néoplasme s'étend dans les parois veineuses, soit intrapariétalement, soit sous l'endothélium. Enfin, on voit des veines thrombosées dont le thrombus est traversé par du tissu cancéreux. La propagation du cancer aux veines en des points où l'œil nu ne décèle rien de semblable s'observe dans presque tous les cas aussi bien dans la tumeur primitive que dans ses métastases, et que dans la phase initiale des cancers, alors qu'ils ne forment pas encore de tumeurs appréciables.

J. B.

G. HAYEM. Du caillot non rétractile; suppression de la formation du sérum sanguin dans quelques états pathologiques (*C. R. Acad. des Sc., 23 nov. 1896*).

Dans quelques états pathologiques (purpura hemorragica, anémie pernicieuse progressive, cachexie paludéenne, etc.), le caillot sanguin ne fournit pas de sérum; c'est-à-dire que le sang se coagule, mais le caillot ne subit ensuite aucun retrait; il reste adhérent aux parois du vase, ne laissant soardre aucune sérosité, et c'est à peine si sa surface libre se creuse légèrement en godet et s'humidifie. Cet état persiste jusqu'à complète putréfaction du coagulum. Dans la plupart des cas, cette non-production de sérum coïncide avec une diminution considérable dans le nombre des hématoblastes, mais cette diminution n'est pas toujours la conséquence d'un arrêt dans la formation de ces éléments; aussi, dans le purpura, il y aurait pénétration dans le sang d'une substance altérant les hématoblastes et les précipitant. Ce sont ces hématoblastes altérés qui, réunis en amas, deviennent la cause des hémorragies et mieux des infarctus hémorragiques. D'autre part, le fait de la disparition de la rétraction du caillot sanguin peut servir pour distinguer la forme protopathique de l'anémie pernicieuse d'avec des états d'anémie extrême confondus souvent; il comporte alors un pronostic grave. Il en est de même dans divers états cachectiques où il n'apparaît qu'en cas d'arrêt presque absolu dans la formation du sang. M. DUVAL.

Eug. BOTKIN. Leukocytolyse (*Arch. f. pathol. Anat., CXLII, 2*).

E. Botkin étudie la façon dont les globules blancs disparaissent ou se détruisent dans le sang, aussi bien chez les personnes bien portantes que dans diverses maladies (pneumonie, fièvre typhoïde, etc.) L'examen fut pratiqué sur des plaques chauffantes ou après dessiccation et coloration.

Les globules blancs à faible corps cellulaire (lymphocytes) présentent des changements de forme, deviennent plus transparents; leurs granulations confluent, puis disparaissent, et, au bout de dix minutes, il ne reste, à la place des globules blancs, qu'une boule plus réfringente, dont la forme seule rappelle le globule blanc.

Les globules blancs à protoplasma abondant, qui sont arrondis à l'origine, émettent des pseudopodes et prennent les formes les plus diverses, en même temps que le protoplasma se modifie : les granulations confluent et grossissent; les portions périphériques du corps cellulaire deviennent transparentes et se confondent avec le plasma, de sorte qu'au bout de quatre minutes, il ne reste qu'une petite masse indistincte.

En comparant les préparations faites par dessiccation du sang immédiatement après sa sortie des vaisseaux, avec celles qui étaient conservées une dizaine de minutes, Botkin arriva à des résultats intéressants que nous résumons ainsi :

1° Plus il y a de globules dans le sang (pneumonie), plus il y en a qui se détruisent au bout de dix minutes à la température de 37° à 40°;

2° A une température de 14° à 16°, les globules blancs du sang pneumonique disparaissent en plus grande quantité que ceux du sang normal;

3° Les globules blancs sont toujours plus nombreux dans les préparations faites par dessiccation immédiate du sang que dans celles qui sont conservées pendant dix mintes à la température de 14° ou de 37°;

4° En colorant les globules blancs des préparations conservées pendant dix minutes, on constate qu'ils fixent moins bien les matières colorantes et qu'ils présentent des granulations plus grosses que les globules du sang desséché dès sa sortie des vaisseaux. ÉD. RETTERER.

Carl HELBING. Zur Kenntniss der Rückennmarksveränderungen..... (Les altérations de la moelle à la suite de la thrombose de l'aorte abdominale) (*Deutsche med. Woch., p. 672, 15 oct. 1896*).

Chez un homme de 37 ans, rhumatisant, une paralysie brusque des deux membres inférieurs s'était produite, bientôt suivie de lésions gangréneuses. A l'autopsie, on constata une embolie migratrice de l'aorte abdominale se prolongeant dans les deux artères iliaques communes. La moelle, au niveau du renflement lombaire, présentait une dégénérescence avancée des racines antérieures et postérieures, plus marquée à droite; en même temps, dégénérescence des fibres de la substance grise en rapport avec la dégénérescence des racines; altérations des cellules ganglionnaires des deux cornes antérieures; dégénérescence avancée des faisceaux postérieurs plus marquée à droite; dégénérescence diffuse légère des faisceaux antérolatéraux. Dans le reste de la moelle, dégénérescence ascendante des cordons de Goll. Ces résultats tendent

à prouver que la moelle lombaire n'est pas aussi exclusivement sous la dépendance de l'aorte abdominale, au point de vue de la nutrition, que semblaient l'indiquer les expériences sur les lapins. H. DE BRINON.

A.-N. NADEJDINE. Sur les lésions des capillaires sanguins du cœur dans l'hypertrophie de cet organe (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1896*).

Dans les cœurs hypertrophiés, à la phase de dégénérescence graisseuse, les capillaires sanguins interstitiels se rétrécissent et leurs embouchures se vident. Leurs parois, ainsi que la tunique externe des plus gros vaisseaux, présentent de la dégénérescence hyaline. En même temps que les cellules musculaires s'hypertrophient, le tissu interstitiel prolifère.

H. FRENKEL.

Von LEYDEN et KAISERLING. Herztumor (*Berlin. klin. Woch., p. 638, 13 juill. 1896*).

Homme de 39 ans, ayant maigri de 20 livres. Début par de violentes douleurs dans la poitrine et le bras. Souffle systolique ; ventricule gauche un peu dilaté ; choc de la pointe nettement appréciable. Quelques jours après l'entrée, apparition brusque d'une paraplégie à la suite de laquelle disparaissent les douleurs ; cystite, escharre et mort. Le diagnostic avait été anévrisme aortique ayant usé le rachis.

A l'autopsie, grosses excroissances en choux-fleurs sur la paroi postérieure des oreillettes et tumeur primaire, provenant des ganglions, au niveau du hile du poumon gauche. Le corps de la 2e vertèbre dorsale, écroulé en partie, faisait saillie dans le canal vertébral et comprimait la moelle. La 8e vertèbre dorsale présentait aussi une métastase, mais sans usure. Dans le péricarde distendu par une quantité énorme de sérosité, nageait le cœur qui, pendant la vie, venait frapper la paroi thoracique en simulant des pulsations. La tumeur était un lymphosarcome. J. B.

Max VERWORN. Der Körnige Zerfall. Ein Beitrag zur Physiologie des Todes (Dégénérescence granuleuse. Contribution à la physiologie de la mort) (*Archiv f. ges. Phys., LXIII, p. 253*).

La dégénérescence granuleuse, c'est la *tuméfaction trouble* de Wirchow ou encore l'inflammation parenchymateuse, procédé assez général de mortification des éléments histologiques dont le protoplasma se groupe en amas de granulations. Ce procédé nécrobiotique s'observe non seulement chez l'homme malade, mais chez tous les êtres vivants. Il est général. L'auteur l'a observé chez les organismes monocellulaires, à la suite de blessures locales, et en a constaté l'envahissement progressif. Par exemple chez le Spirostomum, chez la Difflugie, dans les masses protoplasmiques auxquelles on a enlevé le noyau, le processus se présente avec sa forme typique.

L'auteur en a étudié les particularités dans les masses protoplasmiques hyalines, par exemple, chez l'Hyalopus. Le protoplasma complètement homogène et hyalin commence à exprimer un liquide qui s'accumule dans de petites vacuoles et à prendre ainsi un aspect aréolaire. Sur les parois des aréoles, le protoplasma se rassemble en amas grumeleux qui

se séparent bientôt ; les vacuoles éclatent et le protoplasma des parois se groupe en grumeaux et granules qui adhèrent faiblement entre eux grâce à une sorte de ciment muqueux fabriqué par les parois alvéolaires.

Or, des études antérieures ont montré à l'auteur que l'absence de structure aréolaire (chez les amibes) est en rapport avec la phase d'expansion protoplasmique ; et au contraire, (chez l'hyalopus) la formation des vacuoles est en rapport avec la phase de contraction du protoplasma. De sorte que le processus nécrobiotique général de la dégénérescence granuleuse a pour début une énergique contraction du protoplasma. Le protoplasma meurt en se contractant. La dégénérescence en question est la suite d'une excitation de contraction hypermaximale. DASTRE.

M. NATANSON. Lésions des cellules nerveuses cardiaques dans la fièvre récurrente (*Thèse de St-Pétersbourg, 1896*).

1° Dans la fièvre récurrente, les ganglions automatiques du cœur subissent une dégénérescence qui a une distribution inégale ; 2° les lésions siègent aussi bien dans le protoplasma cellulaire que dans les noyaux et la capsule, ainsi que dans la charpente conjonctive ; 3° les vaisseaux des ganglions sont dilatés et gorgés de sang ; 4° la fibre musculaire présente souvent de la dégénérescence graisseuse ; 5° les lésions des ganglions sont d'autant plus prononcées que la maladie a une plus longue durée.

H. FRENKEL.

FERRIER. De la rate paludéenne (*Arch. de méd. exp., IX, p. 86*).

L'auteur a eu l'occasion de faire l'examen histologique de six rates palustres, et en tire les conclusions suivantes :

Dans le paludisme aigu, la rate est augmentée de volume, mais moins que dans le paludisme chronique ; elle est molle et diffluente. Histologiquement on constate une dilatation vasculaire très marquée et une infiltration considérable de cellules jeunes.

Dans le paludisme chronique, la rate est toujours extrêmement hypertrophiée, et au microscope on constate que cette hypertrophie porte sur tous ses éléments constituants ; on trouve avec un certain degré de prolifération conjonctive une hyperplasie des cellules spléniques et l'augmentation des travées parenchymateuses, des follicules et des sinus vasculaires.

A la période cachectique de l'impaludisme il se fait une véritable sclérose de la rate ; les travées parenchymateuses primitivement épaissies reviennent sur elles-mêmes par régression fibreuse ; la sclérose est surtout accentuée autour des orifices des sinus vasculaires qui sont dilatés au point que les coupes prennent parfois l'aspect du tissu caverneux. Ces dilatations vasculaires expliquent la production du souffle splénique dans certains cas d'impaludisme. H. BOURGES.

HAYEM. Des gastrites dégénératives (*Soc. méd. des hôp., 23 oct. 1896*).

A côté des formes où le parenchyme glandulaire, plus ou moins altéré, est persistant, il en est d'autres qui se caractérisent par des modifi-

cations nutritives des épithéliums, tellement profondes et étendues qu'elles conduisent avec plus ou moins de rapidité à la destruction des glandes et même de la portion parenchymateuse de la muqueuse, soit par dégénérescence, soit par atrophie des éléments.

Hayem passe en revue d'abord la dégénérescence graisseuse, dont il n'a pas rencontré un seul exemple, puis les infiltrations séreuses et albuminoïdes ; la dégénérescence vasculaire est une lésion banale, mais qui peut être tellement développée qu'elle devient l'altération prédominante. Elle porte tantôt sur les cellules de bordure, tantôt sur les cellules principales, parfois sur les cellules pyloriques.

Les infiltrations albuminoïdes peuvent amener une destruction si complète des éléments, qu'elles constituent de véritables processus de nécrobiose, revêtant divers aspects :

1° la désintégration granuleuse ;

2° l'état épidermoïde (caractérisé par un aplatissement et une dessiccation des éléments glandulaires) ;

3° la nécrobiose par agents chimiques (alcooliques et surtout absinthiques) dont il reconnaît deux variétés : l'état grenu et l'état translucide.

Ces lésions dégénératives sont combinées avec les processus inflammatoires de façon très diverses, se montrent en plaques, régionales ou généralisées. H. L.

Ad. SCHMIDT. Untersuchungen über das..... (Sur l'épithélium stomacal à l'état normal et pathologique) (*Arch. für pathol. Anat.*, *CXLIII, 3*).

1° L'épithélium stomacal de l'homme forme une rangée unique de cellules cylindriques dont chacune présente : 1° un segment profond, granuleux et renfermant le noyau ; 2° un segment superficiel ou libre contenant un protoplasma homogène à apparence et à caractères muqueux. L'extrémité libre n'est jamais limitée par une ligne ou un plateau comme le sont les cellules intestinales ; dans l'épithélium stomacal, au contraire, tout le segment libre se transforme en substance muqueuse, ce qu'on voit déjà sur le fœtus de cinq mois. En un mot, *à l'état normal, l'épithélium de l'estomac est bien différent de l'épithélium de l'intestin.*

2° L'épithélium stomacal subit des modifications notables dans les gastrites *aiguës* (2 cas) observées chez l'homme et dans les inflammations que l'on provoque chez les animaux (lapins et chiens) en leur faisant ingérer de l'alcool. Dans ces conditions, on voit l'épithélium se remplir de mucus, gonfler et même disparaître.

3° Dans les gastrites *chroniques*, l'épithélium ne tombe pas, mais il prend les caractères de l'épithélium intestinal. La même transformation a lieu au voisinage de l'ulcère rond.

Ad. Schmidt cite quelques faits qui lui font penser que le carcinome muqueux (Gallertcarcinome) de l'estomac prendrait naissance aux dépens de ces îlots cellulaires de l'épithélium modifié. ÉD. RETTERER.

Maurice LETULLE. Cirrhose hypertrophique pigmentaire alcoolique (*Soc. anat. de Paris, p. 853, nov. 1896*).

A l'autopsie d'un homme de 43 ans, alcoolique, atteint de cirrhose hypertrophique du foie avec dilatation chronique du cœur, et dont tous les organes

furent examinés au microscope, on constata les faits suivants : le foie, le pancréas et le cœur sont les trois viscères les plus chargés de pigment ferrugineux; la glande hépatique est partout défoncée par une cirrhose bi-veineuse étendue, avec lésions atrophiques pigmentaires des cellules hépatiques.

L'infiltration pigmentaire du pancréas prédomine à la périphérie des lobules; l'organe n'est pas sclérosé. Les fibres musculaires du myocarde, les espaces intermusculaires sont gorgés de granulations ferrugineuses; les follicules des ganglions lymphatiques sont envahis par des granulations qui, par contre, sont en petit nombre dans la rate. La toile choroïdienne, les plexus choroïdes, les glandes épithéliales dites vasculaires sanguines, les surrénales, la thyroïde et la pituitaire sont imprégnées de pigment hépatique; les glandes, munies d'un canal excréteur, ne présentent de pigments que dans certains points spéciaux, dans les tubuli contorti du rein, dans les acini des glandes salivaires, dans les circonvolutions glandulaires profondes des glandes sudoripares.

Les épithéliums de revêtement, les cellules normalement pigmentées (corps de Malpighi), les fibres musculaires striées ne sont pas incrustées de pigment.

Les parois du canal thoracique sont à peu près intactes quant au pigment ferrugineux; la presque totalité des fibres musculaires lisses, des vaisseaux, de l'estomac, de l'intestin surtout, sont atteintes de dégénérescence granulo-pigmentaire.

MAUBRAC.

SIEGENBECK VAN HEUKELOM. Die experimentelle cirrhosis hepatis (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XX, p. 221*).

Les altérations cirrhotiques du foie sont indépendantes des dégénérations parenchymateuses; ces dernières surviennent tantôt primitivement, tantôt secondairement au cours de la cirrhose. Tandis qu'une influence passagère ne peut jamais produire une vraie cirrhose, quelle que soit cette influence, on sait que certaines substances, comme le phosphore et l'alcool, employées chroniquement et à petites doses, peuvent faire naître dans le foie des processus sclérotiques. Ainsi fait aussi le chloroforme par la voie sanguine, les bactéries et leurs produits et les substances putrides provenant du tube digestif ou les produits de fermentation anormale. La cirrhose des buveurs n'est donc pas la suite directe de l'alcool (qui n'est qu'un poison cellulaire), mais la conséquence de la résorption de substances qui naissent dans le tube digestif par action bactérienne (favorisées soit par la gastrite alcoolique ou par les fermentations anormales produites par l'alcool) et qui altèrent le tissu conjonctif du foie.

C. LUZET.

CORNIL. Sur la structure de l'exsudat fibrineux de la pleurésie aseptique (*Bull. Acad. méd., 3 nov. 1896*).

Les phénomènes histologiques de la formation des adhérences pleurales sont les mêmes que ceux des réunions séro-séreuses de l'intestin : dépôt de fibrine à la surface séreuse donnant lieu à une membrane réticulée, prolifération des cellules endothéliales par division directe, redressement de ces cellules qui pénètrent dans la fausse membrane en s'unissant avec celles venues de la face opposée de la séreuse. L'union des cellules est complète au bout de 3 ou 4 jours, si les surfaces sont peu

éloignées ; des cellules vaso-formatives y sont déjà bien visibles et des vaisseaux se montrent au 5e, 6e ou 7e jour.

Les phénomènes inflammatoires qui aboutissent simplement à la formation d'une pseudo-membrane fibrineuse à la surface de la plèvre sans qu'il y ait d'adhérence sont absolument les mêmes.

Les cellules endothéliales jouissent de mouvements amiboïdes propres ; elles se déplacent pour pénétrer dans la fibrine, qui, elle-même, par ses dépôts successifs, les entraîne des couches profondes aux couches superficielles de la pseudo-membrane.

Des figures analogues de cellules endothéliales globuleuses ou à prolongements multiples, anastomosés, mobiles, se voient dans l'exsudat fibrineux contenu dans les bronches et les alvéoles pulmonaires dans la pneumonie aseptique artificielle du chien. LEFLAIVE.

I. — EHRHARDT. Zur Kenntniss der Muskelveränderungen..... (Altération des muscles dans la trichinose du lapin) (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XX*, *p. 1*).

II. — Le même. Zur Kenntniss der Muskelveränderungen..... (Des altérations musculaires dans la trichinose de l'homme) (*Ibid.*, *XX*, *p. 43*).

I. — Après que la trichine-mère a pénétré dans le chylifère central des villosités intestinales et a évacué ses embryons dans le courant lymphatique, ceux-ci, quoique constamment évacués dans la lymphe, sortent des vaisseaux lymphatiques par migration vraisemblablement active pour arriver dans les muscles. Là ils percent le sarcolemme et pénètrent dans les fibres, en écartant les fibrilles. Quand le parasite s'y est développé complètement, il commence, vers le 15e jour, à s'enrouler. La capsule commence de se former, vers le 18e jour, par épaississement du sarcolemme et par addition à l'intérieur d'une couche également réfringente provenant des débris de fibrilles musculaires, à l'extérieur de cellules conjonctives. Celles-ci, placées perpendiculairement à l'axe de la fibre musculaire, donnent, par suite de leur rétraction cicatricielle, la forme piriforme ordinaire de la capsule. Les processus de calcification, ou la pénétration des leucocytes, ou la surproduction conjonctive peuvent tuer la trichine avec le temps. Beaucoup de trichines périssent avant l'encapsulement. Sur des muscles voisins, on observe, à côté les unes des autres, les lésions suivantes : destruction granuleuse des fibrilles, dégénérescence graisseuse, ou cireuse, ou hydropique. La fibre trichinée ne subit que successivement les processus de dégénérescences granuleuse, graisseuse et de gonflement. Les phénomènes régénérateurs (bourgeons musculaires terminaux et latéraux) sont rares. On est frappé de la multiplication nucléaire énorme, provenant avant tout de la division directe des noyaux musculaires ; en même temps, les leucocytes et les produits du tissu conjonctif immigrent dans la fibre musculaire. La plupart des noyaux subissent plus tard la dégénérescence graisseuse ou périssent directement. Dès que les altérations chimiques, provoquées par la trichine, ont atteint un certain degré, il se fait une myosite interstitielle vraie avec hypérémie des vaisseaux musculaires, prolifération des cellules conjonctives, formation de cellules de granulation, épithéliales ou rondes, et extravasation de leucocytes.

II. — Dans 2 cas de trichinose humaine, l'auteur a trouvé des lésions semblables à celles qu'il a notées chez l'animal. Les fibres qui n'étaient pas directement atteintes présentaient quelquefois l'état de vacuolisation, la dégénérescence de Zenker était peu étendue, la dégénérescence graisseuse plus rare que chez le lapin. A noter spécialement l'intense réaction inflammatoire interstitielle, qui semble être la cause des fortes sensations douloureuses que l'on constate chez l'homme atteint de trichinose et qui semblent manquer chez le lapin.

C. LUZET.

A. BERTHIER et G. SIEUR. Contribution à l'étude des corps étrangers fibreux des articulations (*Arch. de méd. exp., IX, p. 77*).

Il s'agit d'un corps étranger articulaire de structure fibreuse, mais contenant du tissu épithéloïde et des cellules géantes ayant l'aspect des myéloplaxes ; ces deux derniers caractères démontrent d'après les auteurs l'origine osseuse de ce corps étranger, qui cependant par sa structure s'éloigne de celle qu'on a décrite jusqu'ici aux corps étrangers provenant de fragmentations osseuses.

Ce cas sert donc de transition entre les corps étrangers osseux et ceux de structure purement conjonctive dont la pathogénie se trouve ainsi élargie et pour lesquels on peut concevoir une origine osseuse.

H. BOURGES.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

G. DE LUCA et V. D'ANGERIO. Sur le pouvoir antitoxique de la glande thyroïde (*Rivista clin. e terap., sept. 1896*).

Diverses expériences faites sur les chiens par G. de Luca et V. d'Angerio démontrent :

1° Que les urines des animaux thyroïdectomisés sont plus toxiques que celles des animaux sains ;

2° Que le coefficient urotoxique augmente graduellement à partir de l'apparition des troubles nerveux ;

3° Que le suc thyroïdien exerce une action d'arrêt marquée sur la marche de ces troubles et qu'il peut abaisser le coefficient urotoxique chez les chiens opérés.

G. LYON.

I. — BAUMANN et GOLDMANN. Ist das Iodothyrin..... (L'iodothyrine est-elle la partie constituante du corps thyroïde la plus importante pour la vie?) (*Münch. med. Woch., p. 1153, 24 nov. 1896*).

II. — ROOS. Zur frage nach der Anzahl..... (Sur la question du nombre des substances actives dans la glande thyroïde) (*Ibid., p. 1156*).

III. — IRSAI. Beitrag zur Rolle der Schilddrüse im Organismus (Rôle de la glande thyroïde dans l'organisme) (*Ibid., p. 1249*).

I. — Confirmant les résultats de Hofmeister et de Hildebrand, qui affirment que l'iodothyrine est la partie la plus importante du corps thyroïde, au point de vue vital, ils montrent que les chiens déthyroïdés n'ont pas d'accidents tétaniques tant qu'on leur donne régulièrement par jour 2 à 3 grammes d'iodothyrine ; la tétanie ne survient que si l'iodothyrine est supprimée ou fortement réduite. Si la tétanie s'est montrée il faut administrer d'autant plus d'iodothyrine que les accès sont plus violents et que le remède est employé plus tard. L'organisme des chiens déthyroïdés ne peut pas retenir l'iodothyrine administrée soit par la bouche, soit en injections sous-cutanées ; elle est éliminée par l'urine telle qu'elle ou sous la forme d'une autre combinaison organique.

II. — L'auteur confirme par ses recherches expérimentales l'opinion de Fränkel et de Magnus-Levy que l'action thérapeutique de l'iodothyrine est exactement la même que celle de la substance thyroïdienne en totalité.

III. — Après des observations d'une durée de 43 et de 89 jours, l'auteur conclut que la thyroiodine peut empêcher la thyréotétanie et la cachexie thyroïdienne en conservant la vie de l'animal. Les tablettes de corps thyroïde employées par l'auteur ne lui ont pas paru capables d'empêcher les animaux de périr ; l'iode en nature en est encore incapable.

C. LUZET.

A. ROUXEAU. Relations de 103 opérations de thyroïdectomie chez le lapin (*Arch. de physiol., p. 136, 1897*).

1° Sur 44 animaux opérés de *thyroïdectomie complète* (ablation de la thyroïde et des parathyroïdes), 9 n'ont présenté aucun symptôme ; 34 ont présenté des accidents consistant en : trémulation des poils du museau, trépidation musculaire, tremblement général ou partiel, raideur de la nuque, mouvements convulsifs toniques et cloniques, parésie ou paralysie ; dilatation pupillaire, demi-occlusion des paupières ; vascularisation et chaleur des oreilles, salivation, prurit, hypothermie, dyspnée, lésions pulmonaires graves à l'autopsie chez ceux qui succombèrent. Ces accidents signalent une lésion ou un trouble fonctionnel du système nerveux. Les 3/4 des opérés ont succombé dans les premiers jours ; 1/4 après une survie plus ou moins longue. Tous ont présenté des lésions pulmonaires.

2° La *thyroïdectomie incomplète* (ablation de la thyroïde en respectant une ou les deux glandules parathyroïdes) est une opération à peu près inoffensive. Les lapins qui meurent succombent à une pneumonie. Il y a chez les animaux jeunes arrêt de développement. Le poids des glandules augmente notablement.

3° L'ablation des glandules après la thyroïdectomie incomplète (*thyroïdectomie complète en deux temps*) fait apparaître les accidents de la thyroïdectomie totale en un temps, mais un peu assourdis, avec issue fatale.

4° L'ablation isolée des glandules s'est montrée inoffensive. Ces glan-

dules qui ne seraient pas nécessaires, le corps thyroïde existant, deviennent nécessaires à la vie du lapin, dès que le corps thyroïde vient à manquer.

DASTRE.

A. HANAU. Einfluss der Schilddrüse auf die Knochenneubildung (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 17, p. 550, 1er sept. 1896*).

Pour voir si le corps thyroïde exerce quelque influence sur la néoformation du tissu osseux, H. produisait des fractures chez des animaux auxquels il avait au préalable enlevé le corps thyroïde. Il a régulièrement noté un retard dans la formation du cal, une prolongation du stade cartilagineux et une diminution de volume du cal. Aussi propose-t-il, pour hâter leur guérison, d'administrer aux malades atteints de fractures des tablettes thyroïdiennes.

J. B.

H. MASSANT. Experimentaluntersuchungen über den Verlauf..... (Recherches expérimentales sur le trajet des fibres qui interviennent dans la production des réflexes pupillaires (*Archiv f. Psychiat., XXVIII, 2, p. 432*).

L'auteur a pratiqué chez des lapins l'iridectomie totale. Dans ces conditions il a vu se produire, dans le nerf optique, une dégénérescence de fibres nerveuses qui s'entrecroisaient dans le chiasma et qu'on pouvait suivre jusqu'aux tubercules quardijumeaux antérieurs et jusque dans la partie inférieure de la commissure postérieure. Il a été impossible de déterminer en quel point du noyau de l'oculomoteur vont aboutir ces fibres pupillaires. Sur toutes les préparations relatives à ces expériences qu'il a examinées, l'auteur a pu se convaincre de l'intégrité du ganglion de l'habenula et du noyau de Gudden. Il paraît vraisemblable à l'auteur d'admettre qu'il n'existe pas de centre réflexe proprement dit des mouvements pupillaires, sous la forme d'un agrégat cellulaire, que ce centre est suppléé par les cellules disséminées entre les fibres pupillaires dont le trajet a été indiqué ci-dessus ; il s'agit là, bien entendu, d'une simple hypothèse.

L'auteur a rappelé ensuite que, dans un certain nombre d'observations empruntées à la pathologie humaine, et où il existait une lésion des tubercules quadrijumeaux antérieurs, les réflexes pupillaires étaient abolis.

E. RICKLIN.

GÖKE. Die Experimentelle Entzündung der Hornhaut..... (L'inflammation expérimentale de la cornée chez la grenouille et le pigeon) (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XX, p. 293*).

Les cellules fixes de la cornée se divisent dans les inflammations de cet organe par voie mitotique et acquièrent une sorte de mobilité amiboïde (contractilité et pouvoir locomoteur). La néoformation du tissu détruit, tant des éléments cellulaires que de la substance fondamentale, ne se produit qu'aux dépens des cellules fixes. Les leucocytes immigrés des vaisseaux voisins ne se multipliant sûrement que très rarement dans la cornée, n'ont que le rôle d'enlever les produits de destruction et de mortification.

C. LUZET.

SCHIECK. Ueber die ersten Stadien..... (Des premiers stades de la tuberculose expérimentale de la cornée du lapin) (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XX, p. 247*).

Les cornées de lapin inoculées de bacilles tuberculeux provenant de cultures pures présentent comme première conséquence de l'irritation bactérienne une prolifération des cellules fixes de la cornée et leur transformation en cellules épithélioïdes. Ce n'est que plus tard que les leucocytes participent au processus, qui immigrent soit du limbe cornéal, soit à travers l'épithélium cornéal ou à travers ses lacunes, quand l'infection propagée à l'hépithélium en a provoqué la desquamation. Toute lésion de l'épithélium cornéen antérieur peut au reste rendre possible l'immigration leucocytaire. Plus le nombre ou la virulence des bacilles tuberculeux sont grands, plus est rapide et intense l'infiltration des cellules rondes.

C. LUZET.

E. LAMANDÉ. Étude sur les convulsions épileptiformes produites par les injections d'air ou de liquide dans la cavité pleurale (*Thèse de Paris, 1896*).

A la suite d'injections de liquide ou d'air dans la cavité pleurale on a parfois observé des convulsions épileptiformes avec perte de connaissance, suivies exceptionnellement de mort. Ces accidents semblent dépendre d'un réflexe subordonné au degré de sensibilité de la plèvre.

On doit donc éviter avec soin l'introduction de l'air dans la cavité pleurale, pendant la thoracentèse.

Les lavages de la plèvre doivent être faits en poussant l'injection avec une grande lenteur

L'auteur a fait sur les cobayes et les lapins une série d'expériences qui démontrent que des injections d'air ou de liquide faites dans la cavité pleurale de ces animaux sains semblent toujours provoquer des convulsions épileptiformes et peuvent parfois même amener la mort.

H. BOURGES.

VASSILEVSKY. Études anatomo-pathologiques sur l'influence de la laparotomie sur la péritonite tuberculeuse (*Archives des sc. biol. de St-Pétersbourg, IV, p. 263*).

La laparotomie modifie, chez le lapin, la structure histologique des granulations tuberculeuses du péritoine : le nombre des cellules épithélioïdes et des cellules conjonctives fixes augmente en même temps que diminue la quantité des leucocytes diapédisés. L'envahissement des tubercules péritonéaux par les processus dégénératifs est notablement retardé.

Lorsque la laparotomie est pratiquée à une période avancée de l'évolution de la tuberculose péritonéale, les produits de désintégration du tubercule sont résorbés et le nombre des bacilles diminue au sein des granulations tuberculeuses. Parfois, enfin, la laparotomie a pu arrêter, chez le lapin, l'évolution du processus tuberculeux et sa généralisation à d'autres organes.

E. MOSNY.

GATTI. Sur le processus intime de guérison de la péritonite tuberculeuse à la suite de la laparotomie simple (*Giorn. Accad. med. Torino, oct.-nov. 1896*).

Gatti a fait des expériences sur les cobayes, les lapins et les chiens, auxquels il avait inoculé la tuberculose dans le péritoine; il a constaté que la laparotomie simple détermine souvent la régression des tubercules et même la guérison histologique, c'est-à-dire qu'inoculés à d'autres animaux les tissus d'où ont disparu les tubercules ont perdu tout pouvoir d'infection. La guérison « histologique » de la tuberculose n'a lieu que plusieurs mois après la disparition des tubercules visibles à l'œil nu et la guérison classique; 6 à 8 mois en moyenne sont nécessaires pour obtenir ce résultat. La tuberculose caséeuse est beaucoup moins influencée par la laparotomie que les autres formes.

En ce qui concerne le processus intime de guérison des tubercules fibreux, il importe de constater qu'immédiatement après la laparotomie, on ne constate jamais d'infiltration d'éléments lymphoïdes ni de prolifération des cellules fibro-plastiques, non plus que de phénomènes karyokinétiques. En revanche, on note un exsudat de liquide séreux d'aspect rougeâtre pendant une période de 1 à 7 jours, et une dégénérescence « œdémateuse » du protoplasma des cellules épithélioïdes au centre des tubercules; finalement, les cellules épithélioïdes sont résorbées, les bacilles disparaissent, et il ne reste plus comme vestige du tubercule que le stroma fibreux préexistant avec ses vaisseaux.

Gatti, s'appuyant sur le fait de l'exsudation dans le péritoine d'un liquide séreux sanguinolent, lui attribue un pouvoir bactéricide sur les bacilles de Koch qui seraient détruits ou atténués; c'est ce phénomène d'imbibition des tubercules par ce sérum bactéricide qui constituerait le processus de guérison. G. LYON.

DOLGANOFF. Lésions oculaires après la ligature du canal cholédoque (*Vratch, nos 48-49, 1896*).

Après la ligature du canal cholédoque, les membranes oculaires deviennent le siège de lésions inflammatoires et dégénératives qui portent sur le tissu conjonctif, les vaisseaux et les éléments nerveux. Dans le tissu conjonctif, il y a prolifération des noyaux qui présage une future sclérose; les vaisseaux sont dilatés, gorgés de sang, avec tuméfaction de l'endothélium, prolifération dans les parois, dilatation des espaces périvasculaires avec hémorragies et exsudations; dans le système nerveux de l'œil, le protoplasma des cellules ganglionnaires est dégénéré, les noyaux lésés, les espaces périganglionnaires dilatés. H. FRENKEL.

LIKHATSCHEFF. Experimentelle Untersuchungen..... (Sur les suites de la ligature des uretères chez la poule, au point de vue spécial des dépôts d'urates) (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XX, p. 102*).

Dans toutes ses expériences, l'auteur a vu des dépôts d'acide urique dans les organes internes, spcialement le foie, la rate, les poumons et les séreuses, mais jamais dans les gaines tendineuses, les articulations et les

cartilages. Souvent les dépôts cristallins partent d'un point central de nécrose et s'étendent au loin dans le tissu sain. L'acide urique n'est donc pas un agent de production de nécroses; celles-ci, au contraire, appellent l'acide urique. Dans les cas spéciaux, la ligature de l'uretère a donné lieu à la rétention dans les tissus de substances productives de nécroses, à côté de l'acide urique, qui est innocent. Comme l'acide urique, d'après Roberts, circule dans le sang sous la forme de quadriurates, qui se dédoublent dans l'urine en urate acide peu soluble et acide urique qui reforme des quadriurates, il faut s'attendre à trouver des dépôts d'urates là où se forment la plupart des quadriurates. Les substances nécrosantes et l'acide urique naissent au même endroit; les premières produisent la nécrose, les seconds les dépôts uratiques. Là où, comme sur les séreuses, on voit des dépôts d'urates sans nécrose, il faut admettre que leurs éléments ont été apportés par le sang, ce qui semble démontré par les dépôts microscopiques d'urates que l'on trouve le long des vaisseaux. Là où on trouve des nécroses sans dépôts cristallins, on doit admettre que les tissus peu résistants ont succombé avant que le dépôt d'urates ait eu le temps de s'établir. Likhatscheff admet donc que dans la goutte il existe à côté de l'acide urique un autre poison agissant sur les tissus en produisant des nécroses. La phlébite avec thrombose est assez fréquente dans la goutte. Comme l'auteur a noté souvent des cristaux d'urates perforant les vaisseaux en retenant des globules rouges, il pense que les dépôts uratiques peuvent être l'origine de ces thromboses. Dans les bronches et bronchioles, il a vu des cristaux d'urates environnés de mucus et ressemblant aux spirales de Curschmann; en outre, il a noté dans les bronches du sang et des réseaux de fibrine; or, on sait que, dans la goutte, l'asthme et les hémoptisies sont des manifestations fréquentes. Dans le rein, après 24 heures de ligature, se trouvaient des dépôts uratiques abondants intra- et extratubulaires; ceux-ci répondant aux dépôts des autres endroits du corps. Les reins réagissent à la ligature par une extension de leurs canalicules, puis par l'atrophie directe et la sclérose, en sorte qu'il en résulte une forme analogue à celle du rein goutteux. C. LUZET.

CARRIÈRE et CASTETS. Lésions histologiques des reins chez les animaux morts de froid (*Journ. méd. Bordeaux, 21 juin 1896*).

De la description de ces lésions portant sur les différentes parties des reins (reins de lapin), il résulte qu'un animal soumis à un refroidissement d'un quart d'heure de durée, dans les environs de 2° à 8°, offre des altérations rénales multiples et profondes de l'épithélium sécréteur. Ce n'est point une nécrose de coagulation, mais une dégénérescence albumineuse (Kouskow) avec des lésions glomérulaires, qu'on peut attribuer à la stase. La réalité de la néphrite à frigore serait donc indéniable. OZENNE.

F. LAROCHE. De la tuberculose primitive du rein (étude expérimentale et clinique) (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

Voulant étudier la tuberculose primitive du rein, l'auteur a institué deux séries d'expériences. Dans la première, il injecte des culture de tubercu-

lose, directement dans l'artère rénale abordée par la voie lombaire. Ces expériences montrent que les bacilles se retrouvent dans les vaisseaux glomérulaires d'abord, plus tard dans les vaisseaux intertubulaires, puis dans les espaces intertubulaires au sein des leucocytes qui ont traversé la paroi vasculaire. Ils colonisent donc dans le rein. L'organe réagit par une congestion intense, puis par des hémorragies d'abord discrètes, plus tard par des ruptures vasculaires qui expliquent la fréquence des hématuries que l'on note cliniquement. Dans la seconde série, après avoir irrité le rein en administrant aux animaux de l'oxamide, l'auteur injecte dans la veine marginale de l'oreille des cultures de tuberculose. Or, le rein qui, d'après les expériences de Borrel, lorsqu'il est sain, ne renferme pas de bacilles (le poumon plus sensible les arrêtant au passage), en contenait et devenait pour eux un milieu favorable grâce au traumatisme réalisé par le passage de l'oxamide. On comprend toute l'importance de cette expérience.

Une étude clinique très nette suit cette partie expérimentale.

DONNADIEU.

E. KLEIN. Micro-organisms and disease (*Londres, 1896*).

La première édition de ce livre a paru en 1886, la seconde en 1892. L'auteur s'est efforcé d'introduire dans cette troisième édition toutes les acquisitions nouvelles de la bactériologie. Il présente un volume de 600 pages avec 200 figures qui se font remarquer par leur élégance et leur netteté.

L'auteur étudie les méthodes d'inoculation, les caractères généraux des bactéries, les microcoques, les bacilles, etc. Il consacre un chapitre à l'antagonisme qui existe entre les différentes espèces.

Un index alphabétique très complet facilite les recherches du lecteur dans cet excellent manuel. L. GALLIARD.

SCHATTENFROH. Ueber das Vorhandensein..... (De la présence de substances bactéricides dans les leucocytes et de leur extraction) (*Münch. med. Woch., p. 4, 5 janv. 1897*).

Expérimentant sur des cultures l'action d'un liquide pleurétique de lapin après centrifugation, il constate avec étonnement que la partie claire agit plus fortement comme bactéricide que celle qui contient les globules blancs. Mais cette anomalie s'explique par la coagulation du liquide pendant la centrifugation, ce qui produit la mort des globules. Si on mélange le liquide pleurétique à une solution de NaCl, conservatrice des leucocytes après la centrifugation on constate que la partie contenant les leucocytes l'emporte en action toxique sur celle qui est claire. C. LUZET.

S. ARLOING et F. LAULANIÉ. Introduction à l'étude des troubles de la température, des combustions respiratoires et de la thermogénèse sous l'influence des toxines bactériennes (*Arch. de physiol., VII, p. 675*).

L'intoxication diphtérique détermine successivement la fièvre et des troubles hypothermiques. L'hyperthermie coïncide pendant un certain

temps avec une diminution des combustions respiratoires. L'hypothermie est secondaire et coïncide avec la diminution des combustions. Des facteurs étrangers au chimisme respiratoire interviennent pour produire soit l'échauffement, soit le refroidissement. DASTRE.

H. ROGER. Action des hautes pressions sur quelques bactéries (*Arch. de physiol.*, *VII*, *p. 12*).

Les gaz comprimés (oxygène, acide carbonique) exercent une action nocive sur les microbes. La compression en milieu liquide ne produit que des effets insignifiants lorsqu'elle n'atteint pas 3,000 kilogrammes par centimètre carré (soit 2,903 atmosphères). A cet énorme degré, on constate des différences légères dans la végétabilité ou la virulence, variables d'ailleurs suivant les microbes considérés. DASTRE.

H. ROGER. Action des extraits de muscles, du sang artériel et de l'urine sur la température (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 246*).

Les extraits de muscles renferment des substances thermogènes sans qu'on puisse dire si ces substances préexistent dans les tissus ou si elles prennent naissance pendant les manipulations qu'on leur fait subir. Le sang artériel total possède un léger pouvoir hypothermisant : il est thermogène lorsqu'il vient d'un animal malade ou exposé au froid ; cet effet disparaît si l'animal est placé dans un milieu chaud ou s'il a été saigné préalablement. Le sang défibriné, le sérum, les exsudats de la pleurésie et de l'hydrocèle produisent des élévations de température parfois précédées d'un léger abaissement. L'urine détermine de l'hypothermie et secondairement de l'hyperthermie. Ce deuxième effet semble plus marqué quand le sujet qui fournit l'urine a fait de l'exercice musculaire que lorsqu'il est resté au repos. DASTRE.

A. CALMETTE et A. DELARDE. Sur les toxines non microbiennes et le mécanisme de l'immunité par les sérums antitoxiques (*Annales de l'Inst. Pasteur*, *X*, *p. 675*, *déc. 1896*).

Le sérum des animaux naturellement réfractaires aux toxines étudiées par les auteurs ne possède que rarement des propriétés antitoxiques à l'égard de ces toxines, la poule, par exemple, et la tortue résistent à des doses d'abrine très considérables, cependant leur sérum est totalement inactif à l'égard de l'abrine. Le même phénomène s'observe lorsqu'il s'agit des toxines microbiennes ; c'est ainsi que Vaillard a constaté que la poule, réfractaire au tétanos donne un sérum inactif sur la toxine tétanique. Lorsque le sérum des animaux réfractaires est antitoxique comme dans le cas du hérisson ou du mangouste pour le venin des serpents, le pouvoir antitoxique est toujours très peu développé et nullement en rapport avec le degré d'immunité. Il n'y a donc aucune corrélation entre l'état naturellement réfractaire que possèdent certains animaux et le pouvoir antitoxique de leurs humeurs à l'égard des toxines auxquelles ils sont insensibles.

Les animaux réfractaires à sang chaud peuvent produire des antitoxines sous l'influence d'injections répétées de doses non mortelles de toxines ; les animaux réfractaires à sang froid ne produisent pas d'antitoxines dans les mêmes conditions. Les animaux réfractaires à sang froid comme la grenouille peuvent acquérir l'immunité contre des doses mortelles de toxine sans que leur sérum devienne antitoxique. Les sérums antitoxiques (antiabrique et antivenimeux) peuvent être utilisés pratiquement pour donner l'immunité passive à l'homme et aux animaux contre l'abrine et les venins et pour le diagnostic des toxines dans les expériences de toxicologie ; le sérum antiabrique possède une action préventive très marquée lorsqu'il est appliqué localement sur les muqueuses et cette propriété peut permettre son emploi en thérapeutique ophtalmologique. La substance active des sérums antitoxiques n'est pas modifiée par certains réactifs chimiques qui altèrent profondément ou détruisent les toxines : elle n'altère pas les toxines par le mélange *in vitro ;* elle paraît exister normalement en grande abondance dans le protoplasma leucocytaire des animaux vaccinés, d'où elle diffuse dans le sérum sanguin et dans d'autres liquides organiques ; elle ne dialyse pas à travers les membranes ; elle agit énergiquement sur les leucocytes des animaux neufs comme les sérums préventifs antimicrobiens. Certaines substances dépourvues de toute action spécifique sur les toxines, telles que le bouillon de viande, le sérum normal de bœuf ou certains sérums d'animaux vaccinés contre diverses infections ou intoxications peuvent manifester chez des animaux neufs auxquels on les injecte des propriétés préventives manifestes à l'égard de diverses infections ou intoxications.

En résumé, l'immunité des animaux naturellement réfractaires, de même que l'immunité acquise, ne doit pas être attribuée à la présence, dans le sérum des animaux réfractaires vaccinés, d'une substance chimique ayant la propriété de détruire ou de modifier les toxines. Il reste encore à faire démonstration de l'existence réelle de ce que les auteurs ont appelé substance préventive du sérum des animaux vaccinés. Les expériences qu'ils ont faites les ont portés à se demander si cette substance existe réellement et si le pouvoir préventif des cellules et des humeurs qui en dérivent n'est pas, en réalité, un phénomène physique comme la motilité, la chimiotaxie, etc.

On peut donc admettre, d'après ces données, que la fonction antitoxique est indépendante de l'immunité, puisque celle-ci ne peut exister, alors que la fonction antitoxique ne se manifeste pas ; que les deux sortes d'immunité, naturelle ou acquise, sont la résultante d'une propriété spéciale des cellules ; celles-ci, suivant les conditions de milieu où elles se trouvent placées et suivant la composition de leurs éléments constituants (protoplasma et substance nucléaire), subissent passivement l'influence des toxines, comme un barreau de fer doux subit l'action d'un aimant. Que ces conditions viennent à changer sous les influences extérieures les plus diverses (l'accoutumance à certains poisons, par exemple), et l'état fonctionnel des cellules se modifiera en même temps. Tel le barreau de fer doux transformé en acier par la trempe qui devient susceptible de conserver l'aimantation et de la transmettre de façon temporaire à d'autres barreaux de fer doux ou de façon durable à d'autres barreaux d'acier. Ainsi s'expliqueraient les phénomènes de réceptivité et de

résistance passagère ou définitive des organismes aux infections et aux intoxications. P. TISSIER.

BOSC et DELEZENNE. De l'immunité conférée par quelques substances anticoagulantes (*C. R. Acad. des Sc., 28 sept. 1896*).

Certaines substances anticoagulantes, comme l'extrait de sangsue ou la peptone, injectées dans le sang, sont capables de produire des modifications qui augmentent les procédés de défense de l'organisme contre les agents infectieux. Ces modifications sont caractérisées par un accroissement remarquable de la vitalité et des propriétés phagocytaires des globules blancs et par l'augmentation du pouvoir bactéricide du sang. L'injection intraveineuse de ces substances anticoagulantes à des lapins et à des chiens, 15 à 45 minutes avant l'injection de colibacille ou de streptocoque, peut conférer aux animaux une véritable immunité et même avoir une action empêchante absolue contre les infections expérimentales.

M. D.

Vittorio COLLA. Sul modo di comportarsi del glicogene epatico e muscolare in alcune infezioni sperimentali (*Arch. per le sc. med., XX*).

A l'aide d'expériences sur cobayes et lapins, Colla a reconnu que dans un certain nombre de maladies infectieuses, de nature soit toxique, comme le tétanos et la diphtérie, soit septicémique, comme le charbon et l'affection due au diplocoque de Fraenkel, le glycogène diminue rapidement dans le foie, où il peut complétement disparaître, tandis qu'il diminue un peu moins vite dans les muscles.

Ce fait porte C. à croire que le glycogène joue un rôle important dans le pouvoir de résistance de l'organisme aux effets des microorganismes ou de leurs produits toxiques, d'autant plus qu'il a constaté qu'on augmente cette faculté de résistance chez les animaux dont on accroît la provision de glycogène en les alimentant avec du sucre de raisin ou du bicarbonate de soude. D'un autre côté, il explique aussi par la déperdition de glycogène le fait, établi par de nombreux observateurs, que le jeûne, le travail, la fatigue, etc., affaiblissent l'immunité naturelle et augmentent la réceptivité morbide. J. B.

G. CARRIÈRE. Étude expérimentale des altérations histologiques du foie et du rein produites par la tuberculine (*Arch. de méd. exp., IX, p. 65*).

Ces expériences ont été faites sur des cobayes et des lapins. Jamais on n'a constaté dans le foie ni dans les reins de dégénérescence graisseuse ou amyloïde, consécutivement aux injections de tuberculine.

On rencontrait surtout dans les cellules hépatiques et dans les épithéliums sécréteurs du rein un état nécrosique de la cellule caractérisé par la désintégration fragmentaire des noyaux et la dégénérescence vacuolaire et granuleuse du protoplasma, principalement dans les organes des animaux restés longtemps en expérience.

A forte dose, la tuberculine produit aussi des lésions d'endartérite et d'endophlébite ; à faible dose, longtemps prolongée, des lésions de périartérite. H. BOURGES.

C.-J. EBERTH et H. PREISZ. Menschliche und thierische Pseudotuberkulose (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *p. 463*).

D'après Preisz, la majorité des cas de pseudotuberculose bacillaire artificielle des lapins et cobayes décrits jusqu'ici sont le produit d'un seul et même microorganisme, le streptobacille de la pseudotuberculose (Dor). Une seconde catégorie de pseudotuberculose, différente de la précédente qui est appelée pseudo-tuberculose des rongeurs par A. Pfeiffer, est constituée par les cas de Manfredi, de Courmont et de Preisz lui-même qui la nomme pseudotuberculose ovine, parce qu'il l'a transmise à des lapins et à des cobayes à l'aide de matériaux provenant du mouton. Enfin Kutscher a déterminé chez des souris des lésions pseudotuberculeuses dues encore à un autre bacille et Preisz propose de dénommer cette dernière pseudotuberculose des souris. J. B.

Bela FENYVESSY (de Budapest). Diphtherietoxin und Antitoxin auf des Froschherz (Effets de la toxine et de l'antitoxine diphtéritique sur le cœur de la grenouille) (*Jahrb. für Kinderh.*, *XLIII*, *p. 217*).

A faibles doses la toxine diphtéritique diminue la systole cardiaque ; à hautes doses elle l'arrête. L'antitoxine a une action absolument inverse. En réunissant les deux substances, on évite la paralysie du myocarde. Néanmoins le nombre des contractions cardiaques est diminué, leur intensité est notablement plus faible. Cet antagonisme est d'autant plus intéressant qu'il ne pouvait être question de la neutralisation chimique soupçonnée par Behring. L'action cardiostimulante de l'antitoxine isolée (Behring n° III, 200 unités) mérite également d'être mise en relief,

A. F. PLICQUE.

G. SMIRNOW. Note sur la détermination du pouvoir neutralisant du sérum antidiphtérique (*Archives des sc. biol. de St-Pétersbourg*, *IV*, *p. 328*).

Pour juger le pouvoir thérapeutique du sérum antidiphtérique, on détermine actuellement partout, sauf en France, sa puissance neutralisante pour la toxine diphthérique.

Or, G. Smirnow démontre que l'action antitoxique du sérum est principalement due à la globuline dont l'action thérapeutique est à peu près nulle. Ce pouvoir antitoxique de la globuline est d'ailleurs manifeste, même chez les animaux non vaccinés.

L'appréciation du pouvoir thérapeutique d'un sérum ne peut donc nullement reposer sur la détermination de son pouvoir antitoxique. Il convient de faire observer qu'en France on détermine non pas le pouvoir antitoxique, mais l'action préventive contre le microbe vivant. E. MOSNY.

W. KÜHNAN Mischinfection mit Proteus bei Diphtherie (*Zeitschr. für klin. Med.*, *XXXI*, *p. 567*).

K., dans toute une série de diphtéries graves, a trouvé, associé au bacille de Lœffler, une bactérie voisine du proteus vulgaris extrêmement vi-

rulente pour la souris et le cobaye, virulente pour le lapin et le pigeon, peu virulente pour le chien. Cette association lui paraît jouer un rôle important : 1° dans l'infection générale ; 2° dans l'infiltration locale hémorragique et gangréneuse. A. F. PLICQUE.

J. TRUMPP. Constatation d'un bacille soit diphtérique, soit pseudo-diphtérique dans le pus d'une pleurésie purulente (*Centralbl. f. Bakter.*, *XX*, *p. 721*).

Dans le pus d'une pleurésie purulente chez un enfant, qui avait eu la rougeole un an auparavant, mais jamais aucune affection ayant atteint la gorge ou le larynx, on trouva d'abord le pneumocoque de Fränkel, le jour même de la pleurotomie. Mais quelques jours après l'opération, à l'examen du pus, on remarqua que les pneumocoques étaient plus rares et qu'il y avait en même temps d'autres bactéries, notamment un bacille qui, cultivé sur sérum, avait l'aspect morphologique que Hofmann, Löffler et Escherich ont décrit au bacille pseudo-diphtérique. L'auteur l'a cultivé sur différents milieux, mais il ne semble pas l'avoir ensemencé dans la gélatine, ce qui eût été cependant intéressant. Ce bacille, même à la dose de 5 centimètres cubes, ne provoquait aucune réaction chez le cobaye. Pendant plus de 6 mois que la plaie thoracique mit à se refermer, on retrouva les mêmes bacilles dans le pus. Une injection de sérum antidipthérique n'eut aucune influence sur eux. Mais, peu à peu, ces bacilles prirent de plus en plus l'aspect du bacille diphtérique et l'auteur arriva à réveiller leur virulence au point de tuer un cobaye en 12 heures après injection de 5 centimètres cubes de culture. H. BOURGES.

L. DE MARTINI. Ce que devient le sérum antidiphtérique après filtration à travers le filtre Chamberland (*Centralbl. f. Bakter.*, *XX, p. 796*).

On a proposé, pour stériliser et conserver le sérum antidiphtérique, de le filtrer à travers un filtre Chamberland. Bokenham, de Londres, et Funck, de Bruxelles, ont employé cette méthode.

Mais les expériences de Martini démontrent que cette filtration transforme profondément le sérum antidiphtérique, dont les propriétés antitoxiques diminuent dans de fortes proportions. Cette diminution se fait progressivement et rapidement, de telle sorte que le sérum qui passe à la fin de la filtration est clair et incolore et ne contient presque plus d'antitoxine.

Il faut donc complètement rejeter la filtration du sérum antidiphtérique à travers le filtre Chamberland, comme méthode de stérilisation et de conservation. H. BOURGES.

I. — J. COURMONT et M. DOYON. De la marche de la température et de la vasodilatation dans l'intoxication diphtérique expérimentale (*Arch. de physiol.*, *VII*, *p. 252*).

II. — Les mêmes et PAVIOT. Des lésions hépatiques expérimentales engendrées par la toxine diphtérique (*Ibid.*, *p. 687*).

I. — La culture filtrée du bacille de Löffler produit une intoxication dont l'un des symptômes est une hypothermie considérable. Cette hypothermie

ne se produit jamais qu'après une notable période d'incubation (hyperthermique) que l'on peut raccourcir mais non supprimer. De même, ce poison n'est vaso-dilatateur qu'après plusieurs heures d'incubation dans l'organisme. Il en est de même pour les effets respiratoires. Il en est, à cet égard, du poison diphtéritique comme du poison tétanique. Ce ne sont pas des toxiques *hic et nunc*, mais seulement par réaction de l'organisme.

II. — La toxine diphtérique introduite dans le système veineux général peut engendrer en quelques heures, chez le chien, une hépatite parenchymateuse (foie infectieux de Hanot). Les lésions suraiguës portent sur la cellule hépatique (tuméfaction, trouble) et sur le système vasculaire (vaso-dilatation, hémorragies). Elles sont généralisées à la totalité du foie. Les deux processus forment des nodules volumineux saillants (hémorragie en foyer) ou peu saillants (foyer nécrobiotique). La rapidité de l'intoxication ne permet ni dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques, ni infiltration embryonnaire, ni modification (crachats) du tissu conjonctif des espaces portes. DASTRE.

E. FAGUET. Recherches sur la diphtérie aviaire et ses rapports avec la diphtérie de l'homme (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

Depuis déjà longtemps, on savait que la diphtérie humaine était transmissible aux volailles (Roux), l'auteur essaie de déterminer l'agent ou les agents spécifiques de la diphtérie aviaire.

Or, il existe chez les poules deux variétés cliniques bien différentes. L'une se manifeste par l'apparition d'une grande quantité de fausses membranes envahissant la gorge, l'arrière-gorge, l'intestin même, l'autre se manifestant par un développement beaucoup plus discret de fausses membranes.

La 1re variété est produite par un bacille que l'auteur a reconnu pour le bacterium coli commun.

Dans la 2e, la plus importante, il a trouvé un bacille ayant tous les caractères du B. de Klebs-Loëffler. Il se cultive sur les mêmes milieux, il produit des fausses membranes ; injecté sous la peau, il tue le pigeon, la poule, le cobaye, sans jamais se généraliser, il est inoffensif pour la souris ; il produit des paralysies chez les animaux inoculés ; il fabrique une toxine extrêmement puissante puisqu'elle tue un lapin de 2 kilogrammes à la dose de 1/8 de centimètre cube, en produisant des paralysies débutant toujours par le train postérieur.

Enfin, à l'autopsie, on retrouve chez les animaux les mêmes lésions que chez ceux qui ont succombé à l'inoculation de diphtérie humaine.

Pour toutes ces raisons, Faguet croit pouvoir affirmer que cette forme de diphtérie aviaire est transmissible à l'homme et qu'il faut prendre, vis-à-vis d'elle, les mêmes mesures prophylactiques que l'on prend vis-à-vis de la diphtérie humaine. DONNADIEU.

J. MOLLARD et Ch. REGAUD. Lésions du myocarde dans l'intoxication aiguë par la toxine diphtérique (*Ann. de l'Inst. Pasteur, XI, p. 97, fév. 1897*).

L'intoxication diphtérique expérimentale détermine constamment des lésions du myocarde. La fibre musculaire est atteinte, parfois exclusive-

ment, dans tous les cas primitivement. Les lésions débutent par la substance contractile (troubles de la striation) ; plus tard elles atteignent le noyau et le cytoplasme (vacuolisation, exsudation sarcodique, etc.); elles peuvent aboutir à la destruction complète de la substance musculaire. Les lésions des vaisseaux du myocarde sont très fréqnentes : la tunique musculeuse des artérioles est particulièrement atteinte ; les altérations de la fibre musculaire lisse sont comparables à celles de la fibre cardiaque dont elles sont contemporaines.

Dans les cas aigus et subaigus (survie maxima, 17 jours) on ne constate aucune hyperplasie des éléments propres du tissu conjonctif. La seule modification importante du tissu conjonctif consiste dans la leucocytose. La leucocytose interstitielle diffuse paraît n'être qu'une modalité de la leucocytose généralisée constante dans la diphtérie. La leucocytose interstitielle nodulaire est en rapport avec les foyers de désintégration musculaire. La lésion musculaire primitive provoque la leucocytose. Les leucocytes résorbent les débris musculaires et particulièrement les exsudats sarcodiques. Les foyers de désintégration sont des foyers de phagocytose. P. TISSIER.

RACZYNSKI. Ueber den Einfluss der Toxine..... (Influence des toxines du streptocoque pyogène et du b. coli comm. sur la circulation) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVIII, p. 27*).

Peu d'heures après l'introduction dans le corps de toxines du streptocoque pyogène, surviennent des troubles dans les fonctions des vaisseaux périphériques. Les artères se dilatent, les oreilles rougissent par activité des vaso-dilatateurs, sans que la pression sanguine s'abaisse, parce que le cœur peu altéré augmente son travail. Après plusieurs heures seulement la pression tombe, ce qui tient à l'état où se trouve alors le centre vasomoteur. Celui-ci, après une phase d'excitation, passe à un état paralytique. Avec les toxines du b.-coli commun, on note que peu d'heures après leur introduction la circulation est troublée et surtout ses organes centraux, car la fonction cardiaque est considérablement altérée. Dans ce stade, la pression sanguine est presque physiologique. Elle ne commence à baisser que quand la fonction cardiaque est encore considérablement abaissée. C. LUZET.

F. BOSC et VEDEL. Des injections intra-veineuses massives de la solution salée simple, dans le traitement de l'infection coli-bacillaire expérimentale (*Arch. de physiol., p. 44, 1896*).

L'injection du coli-bacille dans les veines du chien produit une infection hémorragipare ; troubles gastro intestinaux précoces, affaiblissement cardiaque, dépression sanguine, hyperthermie, hébétude, affaissement. Les injections d'eau salée modifient l'évolution et les symptômes. Elles agissent en favorisant l'élimination des substances toxiques, en raffermissant les globules rouges, en diminuant le pouvoir globulicide du sérum ; leur action empêchante, lorsqu'elles suivent de près l'injection du liquide infectieux porte à croire qu'elles provoquent une réaction de l'organisme, comme les substances immunisantes. DASTRE.

CHANTEMESSE. Sur la toxine typhoïde soluble (*Bull. méd., 27 janv. 1897*).

Jusqu'ici, en inoculant aux animaux des bacilles typhiques vivants ou morts, on n'avait pu obtenir qu'un sérum ayant de l'action sur le bacille lui-même et par conséquent préventif contre l'infection typhoïde, mais n'exerçant aucune influence sur la toxine typhoïde et par conséquent ne pouvant guérir la maladie établie.

Pour produire un sérum antitoxique contre la fièvre typhoïde, il fallait d'abord obtenir la toxine soluble.

L'auteur pense que ni Sanarelli, ni Brieger et Fränkel n'ont produit la véritable toxine typhoïde. En cultivant le bacille typhique dans un milieu de culture obtenu au moyen d'une macération à froid de rate et de moelle osseuse additionnée d'une petite quantité de sang humain défibriné, l'auteur a reconnu que le produit de la filtration de cette culture à travers la porcelaine se montre toxique pour les animaux du 5e au 6e jour surtout, et que cette toxicité disparaît ensuite rapidement. Il croit qu'il s'agit là de la véritable toxine typhoïde.

Cette toxine est rapidement altérée par l'action de l'air et de la lumière, par le froid, par l'addition d'un acide ; elle n'est qu'affaiblie par l'exposition pendant un instant à 100°.

La souris est très sensible à l'inoculation de cette toxine ; le lapin et surtout le cobaye le sont moins. Les grands animaux comme le cheval ou le mouton réagissent très vivement à des injections sous-cutanées de ce poison. A l'autopsie des animaux qui ont succombé à ces inoculations, on remarque surtout de la congestion de l'intestin qui est rempli de liquide diarrhéique.

A l'aide de cette toxine, l'auteur a immunisé des chevaux et a traité avec leur sérum un certain nombre de typhiques. Les résultats, d'ailleurs favorables, qu'il a ainsi obtenus, seront ultérieurement publiés.

H. BOURGES.

P. REMLINGER et G. SCHNEIDER. Contribution à l'étude du bacille typhique (*Ann. de l'Inst. Pasteur, X, p. 55, 25 janv. 1896*).

En se servant du milieu de Eslner, en basant le diagnostic sur l'ensemble des caractères donnés par cet auteur et en outre sur 1° le mode d'action de sérum immunisé contre le bacille typhique, et 2° l'inaptitude à se développer en un milieu de culture où le bacille typhique a déjà vécu, R. et E. ont trouvé sur 37 échantillons d'eau, 9 fois un bacille présentant tous le caractère du bacille typhique.

Deux échantillons provenaient de villes où la fièvre typhoïde régnait au moment du prélèvement (Meaux, Saint-Omer). La présence du bacille d'Eberth ne fut dans ces deux cas que transitoire; de nouveaux échantillons recueillis un mois plus tard, alors que la fièvre typhoïde avait disparu, ne contenaient plus de bacilles typhiques. Six autres étaient envoyés de villes (Châteaudun, Dijon) où la fièvre typhoïde avait sévi quelque temps auparavant, mais n'existait plus épidémiquement aux divers moments, assez espacés les uns des autres, où les échantillons d'eau furent prélevés.

Treize échantillons de terre et de poussière provenant d'endroits différents ont été examinés. Sept fois, l'analyse a permis d'isoler un bacille présentant tous les caractères du bacille d'Eberth : dans les matériaux de déblai d'une cour de caserne (Vitré) où s'étaient produits quelques cas de dothiénentérie; dans les poussières recueillies sur le plancher du laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce; dans l'entrevous d'une chambre de caserne (Cahors), en l'absence de toute manifestation typhoïdique; dans quatre échantillons de terre soit superficielle, soit profonde (un mètre), recueillis dans les cours et jardins du Val-de-Grâce. De ces bacilles, trois étaient pathogènes pour les animaux.

Les recherches ont porté sur les matières fécales de dix sujets traités à l'hôpital pour des affections qui n'avaient rien de commun avec la fièvre typhoïde; chez cinq d'entre eux, l'examen a révélé l'existence d'un bacille absolument identique au bacille d'Eberth, savoir : dans un cas de leucémie à évolution fébrile avec diarrhée intermittente (les selles liquides, examinées à quinze jours d'intervalle ont donné chaque fois un résultat positif; l'examen de la salive a été, par contre, négatif; dans un cas de tuberculose aiguë, sans lésions intestinales (observation rapportée par Lemoine, à la Société médicale des Hôpitaux); chez un sujet atteint de troubles prémonitoires d'une dysenterie aiguë; enfin chez deux paludéens chroniques ne présentant pas de symptômes intestinaux. Aucun de ces malades n'avait eu la dothiénentérie à une époque antérieure. Des cinq bacilles extraits des matières fécales, quatre étaient pathogènes pour le cobaye. L'injection préventive du sérum antityphique préservait les animaux contre l'infection.

Indépendamment des bacilles précédents, R. et S. ont maintes fois rencontré dans les eaux, le sol et l'intestin de l'homme, des bactéries qui présentent avec le bacille d'Eberth la plus grande ressemblance, mais s'en distinguent par l'absence de propriétés pathogènes pour les animaux et l'indifférence à l'égard du sérum spécifique; ce sérum n'agglutine pas leur culture. PAUL TISSIER.

I. — **PIORKOWSKI. Ueber ein neues Differenzirungsverfahren zwischen Bacterium-coli commune und Bacillus typhi abdominalis** (*Berlin. klin. Woch.*, *p. 588*, *29 juin 1896*).

II. — **O. BORDANO. Contributo allo studio del bacterium coli commune** (*Roma, 1896*).

III. — **John WASBUTZKI. Ueber den Nachweis der Typhusbacillen und der Bakterien der Typhusgruppe im Wasser** (*Thèse Königsberg, 1896, et Hyg. Rundsch., VI, p. 992*).

III. — **Robert BREUER. Zur Widal'schen Serodiagnostik des Abdominaltyphus** (*Berlin. klin. Woch.*, *23 et 30 nov. 1896*).

I. — Piorkowski indique comme un moyen de distinguer le bacille d'Eberth du bacille banal du côlon de les cultiver dans des bouillons contenant de 12 à 15 0/0 de gélatine et 2 0/0 de gélose dissoutes dans de l'urine normale ayant pour densité 1,012. Dans ce milieu nourricier dont

l'urine est l'élément caractéristique, on introduit 1/2 0/0 de peptone afin d'empêcher le développement de microorganismes étrangers. On trouvera dans sa communication d'amples détails sur l'aspect des cultures des deux bacilles comparés.

II. — En examinant chez 50 enfants nouveau-nés le contenu du rectum, Bordano a reconnu qu'à la naissance il est toujours stérile; le bacille colique n'y apparaît qu'à partir de la 13e heure et l'eau du bain ne joue pas, sous le rapport de l'infection de l'intestin par l'extérieur (anus), le rôle important que lui attribue Schild. (*R. S. M.* XLVIII, 46.)

Etudiant ensuite la valeur des caractères indiqués pour différencier le groupe des coli-bacilles du bacille d'Eberth, B. conclut que la coagulation du lait stérile, la formation d'acide nitreux dans les milieux peptonisés, le dédoublement de l'amygdaline, les résultats d'expériences sur les animaux sont des signes qui manquent de constance ou de certitude. En particulier, tous les cobayes inoculés intrapéritonéalement ont succombé dans le même laps de temps et aux mêmes symptômes; partant, B. n'a pu confirmer l'assertion de Lesage et Macaigne. (*R. S. M.*, XLI, 87.)

B. attache plus de valeur aux deux caractères suivants : production de gaz en milieux sucrés et réaction d'indol. Pour obtenir cette dernière, il préconise la méthode de Crisafulli qui consiste à tremper un copeau de sapin dans le liquide à examiner et à ajouter de l'acide chlorhydrique très pur goutte par goutte; s'il y a de l'indol, le bois rougit plus ou moins. La netteté de la réaction est encore augmentée en chauffant le liquide à 100° au bain-marie. Dans l'eau peptonée, la teinte rouge apparaît plus vite et plus distinctement que dans le bouillon nourricier ordinaire.

III. — Pour déceler le bacille typhoïdique et les bacilles eberthiformes dans les eaux, Wasbutzki procède comme suit : Dans 3 ballons d'Erlenmeyer on verse 45 centimètres cubes de l'eau à examiner et 5 centimètres cubes d'une solution de glucose salée et peptonisée ; au contenu de deux des ballons on ajoute à l'un 0,5, à l'autre 1 centimètre cube d'une liqueur composée de 5 parties d'acide phénique, de 4 d'acide chlorhydrique et de 100 d'eau distillée. Après 24 heures de séjour à l'étuve à 37° et apparition d'un trouble dans les ballons, on coule dix plaques de gélatine avec le contenu de chacun des 3 ballons. Les colonies eberthiformes qui s'y développent sont transplantées, partie sur agar sucrée, partie dans bouillon. On peut éliminer celles de ces colonies qui dégagent de trop abondants gaz dans l'agar et celles qui ne troublent pas le bouillon, etc., etc. Ce qui ressort des recherches de W. c'est l'extrême fréquence dans les eaux de la nature des microorganismes eberthiformes ne se distinguant du véritable bacille typhoïdique que par l'un ou l'autre des caractères connus.

IV. — Breuer a expérimenté la méthode diagnostique de Widal (*R. S. M.*, XLVIII, 543) dans 43 cas de fièvre typhoïde et 27 cas d'autres affections. Il conclut qu'elle est très supérieure aux autres procédés de diagnostic chimiques ou bactériologiques. Il n'a pas expérimenté la méthode de Grünbaum (*Lancet*, 19 novembre 1896) basée, comme celle de Widal, sur l'action agglutinante du sérum sanguin. J. B.

S. LEVASCHEW. Les microorganismes du typhus exanthématique et leur rôle étiologique (*Arch. des sc. biol. de St-Pétersbourg, IV, p. 315*).

Après avoir rappelé les recherches faites antérieurement sur ce sujet, principalement par Hlava, Moreau et Cochez, Cornil et Babes, Levaschew relate ses recherches personnelles entreprises en 1891 pendant une épidémie de typhus exanthématique qui sévit à Kazan. Ses recherches ont porté exclusivement sur des malades.

Dans les 158 cas qu'il a examinés, il a trouvé dans le sang un micrococque qu'il nomme micrococcus exanthematicus et qu'il considère comme l'agent pathogène, spécifique du typhus exanthématique.

Ce microcoque, très mobile, mesure de 0,2 à 0,3 μ de diamètre; il est très fin, regulièrement arrondi et réfringent, et se colore facilement avec les solutions aqueuses de couleurs basiques d'aniline; quelques-uns de ces microcoques sont pourvus d'un prolongement filamenteux extrêmement ténu.

On retrouve ces coccus dans le sang des malades; ils y sont d'autant plus nombreux que la maladie est plus près de son acmé; ils disparaissent rapidement vers la fin de l'affection.

On le cultive facilement dans la gélose additionnée ou non de sérum humain. La gélose ensemencée directement avec le sang et exposée à 36 à 37° C laisse se développer, au bout de 2 à 8 jours, des colonies isolées gris blanchâtres. Sur gélatine, à la température de la chambre, le développement se fait du 5e au 10e jour; la gélatine est liquéfiée lentement.

Le bouillon nutritif ordinaire, ensemencé et déposé à l'étuve à + 37° C se trouble au bout de 24 ou 48 heures, puis la culture ne tarde pas à se déposer au fond du tube et le bouillon redevient limpide. Le développement de la culture est plus rapide et plus riche si l'on fait passer à travers le liquide un courant d'oxygène.

Ces microcoques se présentent, dans les divers milieux de culture, sous l'aspect de coccus le plus souvent isolés, rarement réunis en diplocoques, en chaînettes ou en grappes.

Levaschew a trouvé ces mêmes microcoques dans la sécrétion conjonctivale, mais ne les a recherchés ni dans la salive ni dans les sécrétions bronchiques. Il pense pouvoir identifier ce microcoque avec les microbes trouvés dans le typhus exanthématique par Liobimow et Matchinsky en Russie, et en France par Dubief et Bruhl, Courtis et Combemale.

E. MOSNY.

I. — L. GRIMBERT. Recherches sur le pneumobacille de Friedländer (*Annales de l'Inst. Pasteur, X, p. 708, 1896*).

II. — C. NICOLLE et A. HEBERT. Note sur un échantillon de bacille de Friedländer isolé de la vase de la Seine (*Ibid., p. 80, 1897*).

I. — On rencontre fréquemment dans l'eau des bacilles que leurs caractères morphologiques et surtout leurs propriétés biologiques permettent d'assimiler au pneumobacille de Friedlander. Le bacillus capsulatus de Mori semble appartenir à cette catégorie. Le pneumobacille de Fried-

lander s'isole facilement des eaux par l'emploi des milieux phéniqués et notamment par le procédé Péré.

II. — Dans un échantillon de vase de la Seine (Grand-Couronne), les auteurs ont trouvé un bacille identique au point de vue morphologique, au bacille de Friedlander : un peu moins polymorphe, il ne présente pas de formes filamenteuses. Mêmes caractères généraux des cultures.

Inoculé à la souris adulte, aucun malaise ; à une souris de quelques jours, mort en 48 heures avec les lésions classiques : abcès local et généralisation du microbe. P. TISSIER.

H.-C. ERNST. Streptococci..... a new variety (*Transact. of assoc. of Amer. phys., XI, p. 31, 1896*).

L'auteur décrit le *streptococcus aureus liquefians* provenant de la sérosité péritonéale et des organes d'une femme morte en couches.

Les préparations originales montrent des chaînes formées de 4 à 8 éléments, qui deviennent beaucoup plus longues dans les cultures. Sur les plaques de gélatine, on voit, au bout de 48 heures, de simples points ; au bout de 72 heures, les colonies prennent une coloration jaune orange et s'entourent d'une zone liquéfiée. Dans la gélatine en tubes, même coloration, liquéfaction jusqu'à l'extrémité de la piqûre. Sur l'agar, colonies blanchâtres, transparentes. Dans le sérum sanguin, les colonies jeunes sont blanches, mais au bout de 48 heures elles prennent une coloration orange foncé. Ce streptocoque se développe bien à 37°. Il est anaérobie facultatif. Pas de spores visibles.

La virulence s'accroît rapidement par le passage chez le lapin, tandis que les chaînes deviennent de plus en plus courtes. L. GALLIARD.

J. ROUGET. Contribution à l'étude du tripanosome des Mammifères (*Annales de l'Inst. Pasteur, X, p. 716, 25 déc. 1896*).

Le trypanosome est un hématozoaire de la famille des flagellés que R. a isolé du sang d'un étalon malade. Il se présente sous l'aspect d'une petite anguillule très mobile ; lorsque les mouvements deviennent plus lents, on voit une masse de protoplasme homogène limitée par une membrane ondulante, faisant des plis sur un des bords libres. L'extrémité postérieure se termine par un flagellum ; sur l'extrémité antérieure disposée en pointe ou en massue, se voit toujours à peu près au même niveau une petite sphère brillante qui résiste aux colorations. Ces détails sont nets sur lames de sang desséché fixées à l'alcool absolu et colorées par l'éosine et le bleu de méthylène. Le parasite a 18 à 26 μ de longueur 2 μ à 2 μ 1 de largeur à la partie moyenne.

R. l'a inoculé à la souris, au lapin, au chien. Les animaux à sang froid, les oiseaux se sont montrés réfractaires. Les rats d'égout présentent tantôt de la réceptivité, tantôt de la non-réceptivité.

Le mode d'infection habituel a été l'injection sous-cutanée d'une goutte de sang dilué. On peut infecter par la muqueuse conjonctivale. R. a observé un cas de contagion par la muqueuse vaginale. Il a échoué par la voie digestive. On peut inoculer par la méthode des scarifications. L'injection intraveineuse ou peritonéale hâte la généralisation.

Chez la souris, le parasite se multiplie dans le sang jusqu'à la mort qui survient du 5e au 11e jour. La rate est très tuméfiée.

Chez le lapin et chez le chien on ne trouve pas d'une façon permanente le parasite dans le sang comme chez la souris.

Chez le lapin et chez le chien il faut noter en dehors de la fièvre, des œdèmes, de l'amaigrissement progressif, des troubles génitaux (œdème des organes génitaux externes) et de la conjonctivite. — Les troubles oculaires sont encore plus marqués chez le chien.

Des essais de sérothérapie sur des souris blanches avec du sérum recueilli sur des chiens commençant à se cachectiser, ont donné des résultats probants. Le sérum d'animaux naturellement réfractaires n'a donné aucun résultat.

Si la sérothérapie préventive a réussi, la sérothérapie pratiquée après la constatation du parasite dans le sang a échoué. PAUL TISSIER.

GABRITSCHEWSKY. Les bases de la sérothérapie de la fièvre récurrente (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *X*, *p. 25*, *nov. 1896*).

L'organisme ayant eu la fièvre récurrente devient apte à élaborer des substances bactéricides durant des mois et même des années. L'infection de la fièvre récurrente, la cause de la crise et de l'immunité contre cette maladie dépendent de la présence des substances bactéricides de l'animal. Les substances bactéricides ne commencent à se former et à s'accumuler dans le sang qu'à l'apparition de la fièvre récurrente et l'abaissement critique de la température correspond à l'augmentation prompte, critique, de la quantité de ces substances dans le sang. Il suffit que l'organisme ait subi une seule fois la fièvre récurrente pour être protégé contre une réinfection, même si le coefficient bactéricide du sang est comparativement faible (il est au moins 35 fois plus faible que celui qu'on observe pendant le cours de la maladie).

Le rôle des substances bactéricides du sang dans la crise et la guérison complète de la fièvre récurrente étant bien démontré pour l'homme et le singe, sensibles à cette maladie, il était tout naturel de se demander si l'organisme des animaux réfractaires à la fièvre récurrente ne possède pas aussi de semblables substances bactéricides. L'immunité provient non du pouvoir bactéricide du sang mais de la propriété de l'organisme d'élaborer des substances bactéricides à mesure que cela lui est nécessaire. Le pouvoir bactéricide du sang peut faire normalement défaut, pourvu que l'organisme soit capable d'élaborer des substances bactéricides suivant le moment et l'endroit où le virus a pénétré. Au moyen des injections intraveineuses, on peut rendre bactéricide le sang des animaux réfractaires à la fièvre récurrente. Ce fait a une grande importance pratique, car il rend possible d'obtenir de grandes quantités de sérum bactéricide. Le pouvoir curatif d'un tel sérum pourra être porté au plus haut degré d'efficacité, lorsqu'il sera possible d'obtenir une culture des spirilles d'Obermeier.

Les substances bactéricides de la fièvre récurrente, de même que les antitoxines et les substances immunisantes, manifestent leur activité bien qu'étant très diluées. Les substances bactéricides, de même que les

antitoxines sont éliminées par les organes secrétoires de l'organisme. Il faut admettre qu'il se forme dans le sang, pendant la fièvre récurrente, des substances bactéricides spécifiques. Etant inoffensives pour l'organisme qui les a élaborées, elles manifestent leur pouvoir bactéricide lorsqu'elles en ont été retirées, même si elles sont très diluées. Ces faits peuvent servir de base à une sérothérapie de la fièvre récurrente. Il n'a été fait sur ce point qu'une seule tentative sur des singes. PAUL TISSIER.

J. LABORDE. Recherches histologiques sur une moisissure nouvelle : l'eurotiopsis Gayoni (*Ann. de l'Inst. Pasteur, XI, p. 1, janv. 1897*).

Comme beaucoup de moisissures de sa famille, telles que l'Aspergillus niger ou le Penicillium glaucum, l'Eurotiopsis Gayoni se cultive sur des milieux artificiels; la composition minérale du liquide Raulin lui convient très bien, ainsi que sa composition azotée, laquelle s'est montrée supérieure à toutes les autres sources d'azote minéral ou organique qui ont été essayées. Sa nutrition hydrocarbonée, comparée à celle de l'Aspergillus niger qui est la mieux connue, présente des différences notables. Certains corps tels que l'alcool éthylique, la glycérine, la mannite, le lactose qui ne sont des aliments pour l'Aspergillus niger que lorsqu'il est arrivé à l'état adulte, sont parfaitement utilisés par l'Eurotiopsis au moment de la germination des spores. Par contre, le saccharose, qui convient particulièrement à l'Aspergillus niger, et l'inuline sont complètement exclus de l'alimentation de l'Eurotiopsis.

En étudiant la valeur alimentaire comparative des divers aliments de cette plante, on a vu que ce sont les sucres directement assimilables qui fournissent par jour le rendement moyen maximum, un peu supérieur à celui que l'on obtient avec l'Aspergillus niger cultivé dans les conditions indiquées par Raulin. Les aliments indirectement assimilables utilisés par l'Eurotiopsis ne sont consommés qu'après avoir subi une transformation diastasique analogue à celles qu'ils subissent de la part des autres cellules vivantes susceptibles de se nourrir des mêmes aliments. La connaissance de ce fait important et des produits de ces transformations physiologiques est donc confirmée une fois de plus pour la plupart des aliments considérés; pour le lactose, son dédoublement préalable en glucose et galactose par une action diastasique qui le rend assimilable par une moisissure, se trouve démontré ici pour la première fois avec certitude. D'une manière générale, quelque soit l'aliment hydrocarboné qui lui a donné naissance, on peut manifester en dehors de la vie de la plante, avec son liquide de culture ou son liquide cellulaire, toutes les actions diastasiques qu'elle exerce en se développant aux dépens de ses aliments hydrocarbonés indirectement assimilables. Ce qui est vrai pour l'Eurotiopsis s'applique très probablement de même à beaucoup d'autres champignons inférieurs.

Si l'on considère la grande variété des transformations diastasiques que les moisissures peuvent produire, il est bien difficile d'admettre que la présence d'une substance spéciale, d'une diastase possédant une individualité propre est la cause de chacune de ces transformations. Pour concilier cette hypothèse avec les faits déjà connus, d'abord ceux établis

par Fembach pour la sucrose et ceux indiqués par l'auteur pour l'amylomaltose, il faudrait qu'une même diastase présentât une double physionomie : la première dépendant de la nature de l'aliment à transformer, la seconde dépendant de la nature de la plante qui l'a produite. On ne s'explique pas bien non plus dans cette hypothèse qu'une même transformation diastasique soit influencée d'une façon différente par les agents physiques et chimiques et qu'elle présente un caractère spécial à ce point de vue pour chaque plante d'où elle dérive.

Dans la nutrition hydrocarbonée de l'Eurotiopsis, comparée à celle de l'Aspergillus niger, on trouve encore une différence assez importante. Avec ce dernier champignon, lorsque l'oxygène de l'air fait défaut, on voit apparaître l'acide oxalique comme produit intérimaire de la combustion; tandis qu'avec l'Eurotiopsis, on ne le retrouve jamais. Mais dans ces conditions la nutrition hydrocarbonée de celui-ci subit une déviation qui se traduit par la fermentation alcoolique du sucre. En exagérant les conditions où sa vie est gênée par la température et le manque d'oxygène, la plante arrive à produire des quantités d'alcool supérieures à celles que l'on obtient avec les levures de mucor ou de certains saccharomyces, sans que sa constitution morphologique subisse une transformation importante. L'Eurotiopsis est donc un trait d'union plus parfait que les autres champignons connus entre les moisissures qui sont de purs agents de combustion et les levures dont le rôle principal est de produire la fermentation alcoolique du sucre. Le caractère ferment chez l'Eurotiopsis est d'ailleurs d'une élasticité remarquable, car il peut varier facilement de 1 à 10. PAUL TISSIER.

NOCARD. Sur une lymphangite ulcéreuse simulant le farcin morveux chez le cheval (*Ann. de l'Institut Pasteur, X, p. 609, nov. 1896*).

Il existe chez le cheval une lymphangite suppurée que les signes cliniques sont insuffisants à différencier du farcin morveux ; le pus de cette lymphangite inoculé dans le péritoine du cobaye mâle provoque une vaginalite inflammatoire, tout comme le pus du farcin morveux ; au contraire, l'injection de malléine ne provoque aucune réaction chez le cheval atteint de ce pseudo-farcin. L'étude bactériologique de cette lymphangite montre qu'elle est due à un bacille spécial, facile à distinguer du bacille de Löffler et Schutz par l'aspect de ses cultures et plus simplement par ce fait qu'il prend admirablement le Gram. P. TISSIER.

A. YERSIN. Sur la peste bubonique (sérothérapie) (*Ann. de l'Inst. Pasteur, XI, p. 81, 25 janv. 1897*).

Le microbe existe non seulement chez l'homme, mais aussi chez les rats qui meurent en très grand nombre au début de l'épidémie. On peut, en inoculant un rat, voir qu'il contagionne les rats vivant dans la même cage. Dans l'intervalle des épidémies on trouve dans le sol des localités infectées, un bacille analogue au bacille de la peste, mais moins virulent.

D'abord maladie du rat, la peste devient bientôt maladie humaine. Les mouches peuvent aussi transporter le virus. L'infection chez

l'homme se fait soit par le tube digestif, soit par des plaies de la peau.

Y. a immunisé un cheval en injectant sous la peau 1/4 de culture récente sur gélose : tuméfaction considérable, fièvre vive pendant 48 à 60 heures ; puis le gonflement diminue et il se forme un abcès. L'injection intraveineuse évite l'abcès : 4 à 6 heures après l'injection, fièvre vive, 40°, 41°5, frissonnements, abattement, puis la fièvre tombe sans qu'il soit apparu de manifestations ganglionnaires. On répète l'injection à doses plus fortes à intervalles éloignés pour permettre au cheval de ne pas trop s'affaiblir. L'animal maigrit beaucoup pendant l'injection.

Le sérum de ce cheval se montra préventif et curatif chez les souris. En Indo-Chine, Y. installa un laboratoire de préparation des virus et avec du sérum préparé là et du sérum reçu de Paris, il se rendit à Canton où il guérit un malade dans un état désespéré ; il y laissa quelques flacons qui guérirent deux autres malades. A Amoy, en 10 jours, il soigna 23 cas de peste ; 2 sont morts qui étaient arrivés au 5e jour de la maladie ; 21 ont guéri ; 6 au 1er jour de la maladie : guérison en 12-24 heures avec 20 à 30 c. c. du sérum sans suppuration du bubon ; 6 au 2e jour, guérison en 3-4 jours avec 30 à 50 c. c. de sérum sans suppuration du bubon ; 4 au 3e jour, guérison en 5 à 6 jours, un seul eut une suppuration du bubon, 4 au 5e jour, 2 guérisons. Au total 26 cas traités avec 2 morts 7,6 0/0 alors que la mortalité moyenne est de 80 0/0.

Les sérums employés étaient très faibles comparés aux sérums antidiphtériques. En dehors de la douleur locale, aucun accident de quelque importance. La convalescence fut remarquablement courte. PAUL TISSIER.

N. MASCHEVSKY. Recherches sur la virulence du vibrion cholérique dans les cultures mixtes (*Archives des sc. biol., de St-Pétersbourg, IV, p. 144*).

Maschevsky se propose de rechercher les modifications de virulence du vibrion cholérique en cultures mixtes, c'est-à-dire associé à des microbes d'origines diverses.

C'est ainsi qu'il a associé au vibrion cholérique des microbes isolés de l'intestin de l'homme (B. Ilei Frey, Streptococcus liquefaciens Ilei, et un bacille court liquéfiant la gélatine), — le micrococcus ureæ flavus pyogenes de Rovsing, — des microbes isolés du tube intestinal de la vache, — des microbes isolés de concombres salés ou de pommes fraîches, — des mucédinées (Penicillum glaucum, Aspergillus fumigatus, mucor corymbifer, mucor spinos, Oidium lactis) isolées dans les infusions de ces fruits.

Or, les cultures pures de vibrions cholériques dépourvues de virulence deviennent très virulentes, même pour les animaux peu sensibles à l'action du vibrion cholérique, lorsqu'on les associe à quelques-uns des microbes ci-dessus énumérés.

Ce résultat démontre donc que bien que le vibrion cholérique soit incontestablement l'agent pathogène de l'infection cholérique, les divers microorganismes qui habitent le tube gastro-intestinal jouent un rôle fort important dans la pathogénie de l'infection cholérique.

Il est intéressant de remarquer l'influence favorisante exercée sur l'in-

fection cholérique expérimentale par les microorganismes des pommes et des concombres; on trouve, dans ce fait, l'explication naturelle de la croyance populaire à l'influence néfaste de l'ingestion de fruits ou de légumes crus pendant les épidémies de choléra. E. MOSNY.

H. VINCENT. Sur l'étiologie et sur les lésions anatomopathologiques de la pourriture d'hôpital (*Annales de l'Institut Pasteur, X, p. 489, sept. 1896*).

V. a trouvé constamment un bacille de 4 à 8 μ de longueur et 1 μ d'épaisseur environ; le plus souvent rectiligne, il est quelquefois incurvé; son aspect rappelle celui du vibrion septique, mais les extrémités sont amincies ou arrondies; il a souvent l'aspect pseudo-sporulé. Le nombre des bacilles est d'autant plus grand que le cas est plus sérieux. Il paraît immobile.

Le nombre des éléments cellulaires de l'exsudat est en général inverse de celui des microbes. En même temps que ce bacille, on trouve très souvent, 40 fois sur 47 cas, un spirillum très fin ne prenant pas le Gram. Le seul microbe constant est le bacille, qui 7 fois existait seul. Il ne se laisse pas colorer par le Gram.

Si l'on examine l'exsudat, on y voit une couche superficielle remarquablement pauvre en éléments cellulaires; une couche profonde, couche active de prolifération bactérienne, où celle-ci a atteint un développement colossal; au-dessous se trouvent les tissus mortifiés, infiltrés de sang, sans structure définie et enfin une zone de cellules embryonnaires, servant de barrière de défense. Le bacille existe seul dans les couches profondes, en touffes étroitement serrées, très souvent implantées perpendiculairement à la surface.

Le bacille ne pénètre pas très loin et ne se généralise pas dans le sang. Au point de vue anatomique, la pourriture d'hôpital est un processus nécrogène et hémorragipare.

Le bacille n'est inoculable chez l'homme que grâce au concours de certains facteurs adjuvants. Pour vaincre la résistance des animaux il faut affaiblir l'animal (inanition), le cachectiser ou, ce qui est plus sûr, adjoindre d'autres microbes pathogènes; dans ces conditions l'inoculation réussit régulièrement (*R. S. M.*, XLIX, 84). PAUL TISSIER.

A. CAYOU. Note sur un cas de pourriture d'hôpital (*Annales de l'Inst. Pasteur, X, p. 660, 1896*).

L'auteur a observé à l'hôpital de la Charité, dans le service de Ricard, un cas de pourriture d'hôpital. Dans la sanie putride et dans les coupes du tissu biopsié, il a retrouvé en quantité infinie le bacille décrit par Vincent.

P. MAUBRAC.

S. ARLOING et E. CHANTRE. Sur quelques variations morphologiques et pathogéniques de l'agent de l'infection purulente chirurgicale (*Arch. de physiol., VII, p. 610*).

L'infection purulente chirurgicale peut être produite par le streptocoque seul, pourvu que celui-ci ait un état virulent particulier. Des

espèces considérées comme différentes (érysipèle, infection purulente, infection puerpérale) ne sont que des variétés différemment virulentes d'une même espèce. Les microcoques tendent vers la forme bacillaire, et la virulence varie dans cette forme comme dans la forme streptocoque. Certains bacilles pyogènes ne sont que des streptocoques modifiés.

DASTRE.

LIAKHOVETSKY. Sur les phénomènes provoqués par l'inoculation des bactéridies charbonneuses sur la cornée des animaux réfractaires et des animaux sensibles (*Arch. des sc. biol. de St-Pétersbourg, IV, p. 42*).

De ses expériences, l'auteur conclut que, si réelle que soit l'existence de la phagocytose chez les animaux réceptifs pour le charbon, et quelque essentiel que soit le rôle qu'elle joue dans le processus de guérison des animaux inoculés, on doit pourtant reconnaître que la phagocytose est loin d'être le seul facteur de l'immunité.

La phagocytose ne représente qu'une des fonctions générales de l'organisme, indépendante de sa réceptivité ou de son état réfractaire pour le charbon, son intensité étant souvent en proportion inverse du degré de l'immunité.

E. MOSNY.

FREYER. Die Uebertragung von Variola auf Kälber behufs Erzeugung von Vaccine (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infect., XXI, et Hyg. Rundsch., VI, n° 16, p. 783, 15 août 1896*).

Avec du virus prélevé sur un homme, le 5e jour d'une éruption de variole vraie, Freyer a inoculé 3 veaux. Chez l'un, il échoua complètement, ne lui conférant pas même l'immunité contre la vaccine. Chez le second, inoculé 11 jours plus tard avec le virus varioleux maintenu dans une glacière, au bout de 4 jours débuta l'éruption sous forme de petites papules, et le 6e jour les pustules étaient parfaitement développées. Une inoculation simultanée avec des croûtes du même malade, prises le 16e jour de l'éruption et triturées avec de la glycérine et de l'eau, ne donna lieu qu'à des papules grosses comme des têtes d'épingles ; la vaccination de ce veau au bout d'une huitaine fut infructueuse.

Le 3e animal, inoculé 11 jours plus tard avec des croûtes sèches gardées dans la glacière, ne présenta que 3 à 4 petites élevures papuleuses non ombiliquées. Cependant il avait acquis une immunité partielle, ainsi que le montra le succès restreint d'une vaccination ultérieure.

Les 3 veaux furent inoculés à la fois par incisions et par scarifications.

Après avoir fait subir à ce virus 4 passages de veau à veau, Fr. en obtint des pustules vaccinales légitimes chez des enfants.

J. B.

MAIRET et VIRES. Propriétés coagulatrices et propriétés toxiques du foie (*C. R. Acad. des Sciences, 14 déc. 1896*).

L'extrait aqueux de foie d'un lapin, injecté à d'autres lapins par la voie intraveineuse, tue ces derniers, à des doses relativement faibles. Il tue en produisant constamment des coagulations sanguines, de sorte qu'on peut se demander si c'est à ces coagulations qu'il faut attribuer la mort, et non à

une substance toxique spéciale. Mais une série d'expériences variées montre qu'à côté des propriétés coagulatrices, l'extrait de foie a bien réellement des propriétés toxiques ; en effet, on sépare facilement ces deux agents par la chaleur, qui produit un précipité et un coagulum : le précipité renferme les propriétés coagulatrices ; le filtratum, les propriétés toxiques.

M. DUVAL.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

F. v. SCANZONI. Ueber die Resorption des Traubenzuckers im Dünndarm und deren Beeinflüssung durch Arzneimittel (Action des médicaments sur la résorption intestinale du sucre de raisin) (*Zeitschr. f. Biol.*, *XXXIII*, *p. 464*, *1896*).

J. Brandl a montré que la résorption des solutions de dextrose est considérablement accélérée dans l'estomac par l'addition de petites quantités de substances excitantes. L'auteur constate le même fait pour l'intestin. Chez un chien porteur d'une fistule intestinale de Thiry-Vella, il injecte dans l'anse intestinale isolée 80 centimètres cubes d'une solution de dextrose à 1 0/0 ; au bout de 15 minutes, 30 à 35 0/0 du sucre sont résorbés en moyenne. Par l'addition d'essence de moutarde, de cannelle ou de menthe, ou d'un peu d'orexine, la résorption atteint jusque 45 0/0 dans le même temps. L'alcool a une action encore plus marquée : résorption de 60 à 78 0/0 en 30 minutes par une addition de 5 0/0 d'alcool, tandis que; dans le même temps, la solution simple n'est absorbée qu'à raison de 35 à 60 0/0.

L'intestin supporte d'ailleurs moins bien que l'estomac le contact des substances irritantes.

LÉON FREDERICQ.

E. FARSTEINER. Ueber Resorption von Pepton im Dünndarm und deren Beeinflussung durch medikamente (Action des médicaments sur la résorption intestinale de la peptone) (*Zeitschr. f. Biol.*, *XXXIII*, *p. 475*, *1896*).

L'auteur a constaté chez un chien porteur d'une fistule de Thiry-Vella, que l'anse intestinale isolée résorbait en 15 minutes, 63 0/0 d'une solution à 1 0/0 de peptone. La résorption atteint 72 à 74 0/0 par addition de 5 0/0 d'alcool et 69 à 73 0/0 par addition d'essence de moutarde ou de cannelle. L'addition d'empois d'amidon abaisse la résorption à 21 à 25 0/0. Les amers paraissent ne pas exercer d'influence marquée.

LÉON FREDERICQ.

Louis JARDON. Contribution à l'étude du pouvoir antitoxique de la bile (*Thèse de Lyon*, *1896*).

L'opération de la fistule biliaire détermine, chez le chien, une augmentation du pouvoir toxique des urines, quel que soit d'ailleurs le ré-

gime alimentaire. L'hypertoxicité urinaire cesse de se produire si, dans les mêmes conditions, la bile est administrée par la voie stomacale. Ces deux faits reconnaissent pour cause le pouvoir antitoxique de la bile, qui résulte de ses actions : *a*) sur le contenu intestinal (digestion et absorption des graisses ; ralentissement de la vie microbienne par dilution du milieu ; dilution favorisant aussi l'action du foie sur les toxines, etc.) ; *b*) sur les fonctions de la muqueuse intestinale ; *c*) sur les fonctions du foie (biligénie, glycogénie, destruction des poisons). Ce pouvoir antitoxique justifie l'emploi de la bile en thérapeutique et permet d'en attendre, dans certains cas, une diminution de la toxicité urinaire. H. FRENKEL.

I. — F. BLUM. Protogen, eine neue Klasse von löslichen, ungerinnbaren Albuminsubstanzen (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 27*, *6 juill. 1896*).

II. — Le même. Ueber Protogen und sein physiologisches Verhalten (*Ibid.*, *n° 47*, *23 nov. 1896*).

III. — P. DEUCHER. Ueber Ausnutzuug des Protogens in kranken Organismus (*Ibid.*, *n° 48*, *30 nov. 1896*).

I et II. — Si l'on soumet un œuf cru, intact, dans sa coquille, à l'action des vapeurs ou d'une solution de formaldéhyde, le jaune durcit, tandis que le blanc reste mou et fluide ; en outre, chose curieuse, le blanc d'œuf ne se coagule plus quand on le chauffe. Il en est de même d'ailleurs des albumines du sérum sanguin, du liquide ascitique, etc. Ce fait d'observation a servi, à Blum, de point de départ, pour préparer synthétiquement une nouvelle classe d'albuminoïdes qu'il désigne sous le nom de protogènes et qu'il croit être des méthylènalbumines.

Mais le protogène de l'œuf ne se différencie pas seulement du blanc d'œuf parce que la chaleur ne le coagule pas ; la précipitation par l'alcool ne le rend pas insoluble dans l'eau. Enfin, on peut bouillir des heures les solutions de protogène sans qu'elles se peptonisent.

Le peptogène se dissout facilement dans 10 fois son poids d'eau et contient 12,7 0/0 d'azote. On peut l'administrer par l'estomac, par le rectum et par la voie hypodermique, après stérilisation préalable.

Blum a injecté sous la peau de chiens jusqu'à 10 grammes de protogène en 24 heures, sans voir apparaître d'albumine dans l'urine.

Il a également administré, à 2 individus sains, du peptogène par différentes voies et constaté qu'il favorisait la rétention de l'azote et l'absorption de la graisse.

III. — Von Noorden a expérimenté avec succès le protogène dans la diarrhée infantile et Deucher dans un cas de diarrhée chronique chez l'adulte. Deucher a fait, en outre, des observations sur sa valeur alibile, chez une femme de 28 ans, atteinte de cancer gastrique avec rétrécissement du pylore et absence complète d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. D'expériences comparatives chez la même malade, il conclut que l'estomac résorbait 30 0/0 de protogène, 20 0/0 de somatose, 17 0/0 de nutrose et seulement 1 0/0 de blancs d'œufs battus ; ces derniers provoquaient en outre des troubles subjectifs ; la nutrose n'était prise qu'avec répugnance ; comme saveur, la somatose était préférée au proto-

gène qui a un goût gélatineux. Malgré l'absence complète d'acide chlorhydrique, il y avait résorption stomacale de 92 0/0 de l'azote et de 85 0/0 de la graisse introduits avec le protogène, de 78 0/0 d'azote et de 71 0/0 de la graisse, introduits avec la somatose. Le protogène et la somatose déterminent tous deux une augmentation des acides sulfo-conjugués qui est plus considérable pour la somatose. L'état général de cette femme s'étant amélioré, on pratiqua la laparotomie qui révéla l'existence d'un cancer occupant le pylore, le côlon transverse, le grand épiploon et divers autres points du péritoine ; on dut donc se borner à établir une fistule gastro-intestinale. A la suite de l'opération, l'appétit resta faible et bien que la malade mangeât beaucoup moins, elle utilisait aussi moins bien le protogène et la somatose. J. B.

EPIFANOFF. Influence des injections hypodermiques de spermine et de musc sur la composition du sang (*Thèse St-Pétersbourg, 1896*).

1° Le musc et la spermine en injections sous-cutanées ne modifient ni le nombre d'hématies, ni leur valeur globulaire, soit chez les sujets sains, soit chez les pneumoniques ou typhiques ; 2° chez l'homme sain, le nombre des globules blancs diminue d'abord, puis augmente (au maximum 3 à 5 heures après l'injection), surtout aux dépens des cellules neutrophiles polynucléaires ; 3° dans les cas graves, mortels, de la fièvre typhoïde, le musc diminue le nombre, déjà si faible, des leucocytes ; dans les stades avancés de la fièvre typhoïde, on observe les mêmes changements des leucocytes comme chez l'homme sain ; au milieu de cette maladie, le musc ne provoque aucun changement dans leur nombre ; 4° chez les pneumoniques, les injections faites la veille de la crise diminuent le nombre des leucocytes, surtout des neutrophiles, tandis que, dans les autres phases de la maladie, les modifications sont nulles ou analogues à celles chez l'homme sain, mais bien moins prononcées.

H. FRENKEL.

DEUCHER. Ueber der Veränderungen des Digitalinum..... (Altération de la digitaline vraie sous l'influence de la digestion stomacale) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVIII, p. 47*).

L'auteur injecte les mêmes doses de digitaline simplement dissoute dans l'alcool et l'eau d'une part, et de l'autre additionnée de pepsine et d'HCl et soumises à l'étuve. Il trouve que les parties soumises à la digestion artificielle sont beaucoup moins actives que celles qui n'y ont pas été exposées. Ses expériences analogues faites avec le suc pancréatique ne lui ont pas donné de résultat. Il croit donc que c'est à l'HCl de l'estomac qu'on doit attribuer les modifications de l'action de la digitaline. C. LUZET.

Mme PIOTROWSKA. Toxicité comparée des substances du groupe de la digitaline, selon la voie d'administration..... (*Thèse de Genève, 1896*).

Expériences faites sur les grenouilles, les lapins et les chats avec les digitalines d'Homolle et Quévenne et de Nativelle, avec l'extrait fluide

de convallaria, la convallamarine, la strophantine, la coronilline et l'helléboréine.

L'extrait fluide de convallaria est 7 fois moins toxique chez la grenouille par voie gastro-intestinale que par voie hypodermique.

La convallamarine est, chez la grenouille et le lapin, 6 fois moins toxique par voie gastro-intestinale.

La digitaline d'Homolle et Quévenne est, chez la grenouille, 3 fois moins toxique par voie gastro-intestinale.

La digitaline de Nativelle est, chez la grenouille, 1 fois et demie moins toxique par voie gastro-intestinale.

La strophantine est 6 fois moins toxique par voie gastro-intestinale.

La coronilline est 13 fois moins toxique par voie gastro-intestinale.

L'helléboréine est 17 fois moins toxique chez la grenouille, 26 fois moins toxique chez le lapin, par voie gastro-intestinale.

Les grenouilles dont on a extirpé le foie sont 6 fois plus sensibles que les grenouilles saines pour l'extrait de convallaria ; 2 fois plus sensibles pour la coronilline ; 8 fois plus sensibles pour l'helléboréine.

Chez le lapin, le foie ne paraît pas diminuer la toxicité de la convallamarine et de l'helléboréine, tandis qu'il atténue celle de la coronilline.

J. B.

I. — **SALKOWSKI. Eucasin** (*Centralbl. f. d. gesammte Therap., 1896*).

II. — **LAQUER. Ueber Nährwerth und Verwendung von Caseinsalzen** (*Berlin. klin. Woch., p. 970, 26 oct. 1896*).

I. — L'eucasine, préparée en faisant passer de l'ammoniaque sur de la caséine, est une poudre fine, assez soluble dans l'eau chaude. D'après Salkowski, c'est un aliment supérieur à la somatose qui est insuffisamment absorbée et donne le plus souvent lieu à des selles diarrhéiques ; avec l'eucasine l'azote perdu n'est que de 14 0/0, avec la somatose de 35 0/0. Le mode d'emploi le meilleur de l'eucasine paraît être de l'incorporer à des soupes farineuses et à des bouillons de viande, ou bien encore de la mêler à du cacao ou du chocolat. En revanche, on ne l'introduira ni dans du vin ni dans de la bière qui la précipitent en partie. L'eucasine se distingue des autres aliments riches en albumine par ce qu'elle ne contient pas de nucléine et partant n'accroît pas l'excrétion d'acide urique. On la recommandera dans le régime alimentaire des arthritiques et des personnes sujettes ou prédisposées à la diathèse urique.

II. — L'eucasine renferme de 11,8 à 13,1 0/0 d'azote, soit de 73gr,75 à 83 grammes d'albumine. Elle est parfaitement absorbée dans le tube digestif et exerce une influence favorable sur la résorption des graisses et des hydrates de carbone. De même que le lait et à l'inverse de l'albumine de la viande, elle diminue considérablement l'élimination de l'acide urique.

Comme l'eucasine est en état de remplacer l'albumine carrée, elle trouve son indication dans les maladies consomptives, les cachexies, le

diabète, la convalescence des maladies infectieuses ; chez les phtisiques qui se dégoûtent facilement du lait, elle en est un succédané précieux. Une autre supériorité de l'eucasine sur la somatose, c'est son prix cinq fois moindre (1 fr. 25 les 100 grammes). J. B.

I. — **G. POUCHET. De l'eucaïne : son action physiologique** (*Soc. de thér.*, *27 janv. 1897*).

II. — **VOGT. Idem** (*Ibid.*, *11 fév. 1897*).

III. — **P. RECLUS. Valeur comparative de l'eucaïne et de la cocaïne comme anesthésique local** (*Bulletin Acad. de méd.*, *11 fév. 1897*).

IV. — **LEGUEU et LIHOU. De l'eucaïne en chirurgie** (*Gaz. des hôp.*, *16 fév. 1897*).

I. — D'après les recherches de P., l'équivalent toxique de l'eucaïne est égal à celui de la cocaïne. Cette substance a l'inconvénient de ne pas avoir de phases prodromiques dans l'intoxication. A doses faibles, 2 milligrammes en injection sous-cutanée chez la grenouille, le cœur subit un ralentissement considérable, ce qui ne se produit pas avec la cocaïne.

II. — V. s'étonne des résultats obtenus par P. et qui sont opposés à ceux obtenus jusqu'ici. On avait constaté une toxicité inférieure à celle de la cocaïne, l'absence de phénomènes syncopaux ou nerveux. De plus, l'eucaïne congestionne les tissus au lieu de les ischémier.

III. — En étudiant par comparaison les deux corps, R. conclut :

1° L'injection d'eucaïne est un peu douloureuse ; celle de cocaïne ne l'est pas ;

2° L'eucaïne est une substance vaso-dilatatrice, tandis que la cocaïne est vaso-constrictive, de sorte qu'avec la première le champ opératoire est voilé par le sang ;

3° L'eucaïne est certainement un excellent analgésique ; cependant, dans la profondeur, la perception douloureuse semble un peu plus nette qu'avec la cocaïne ;

4° Dans une opération à la cocaïne, après 70 minutes, l'anesthésie est encore complète, tandis qu'avec l'eucaïne elle disparaît après 45 minutes.

Si l'eucaïne était moins toxique que la cocaïne, elle serait préférable, malgré ses légers inconvénients, mais il n'en est rien. R. s'en rapporte, à cet égard, aux recherches de Pouchet.

IV. — Legueu et Lihou concluent de leurs essais qu'au point de vue clinique, l'eucaïne étant un produit beaucoup plus stable que la cocaïne, ses solutions pourront être facilement stérilisées par simple ébullition, sans crainte de les décomposer.

Au point de vue de l'action physiologique, l'action sur le cœur est différente, puisque la cocaïne provoque une accélération du pouls, une élévation de la pression artérielle avec ischémie de la région anesthésiée, et l'eucaïne un ralentissement du pouls, un abaissement de la pression artérielle, avec hyperémie de la région anesthésiée.

L'action anesthésique de l'eucaïne paraît égale à celle de la cocaïne, mais elle semble se faire plus rapidement.

Enfin, la toxicité de l'eucaïne est très inférieure à celle de la cocaïne, d'après les expériences, du tiers pour le cobaye et presque de la moitié pour le lapin.

A ces avantages de l'eucaïne sur la cocaïne, il faut opposer les inconvénients de l'eucaïne :

L'eucaïne est plus douloureuse que la cocaïne à l'injection ; par son action hyperémiante, elle devra être contre-indiquée dans nombre de cas où il faudra lui préférer la cocaïne, en ophtalmologie, dans les inflammations de l'œil, en cystoscopie, dans les tumeurs saignantes de la vessie, etc. A. CARTAZ.

C. DELEZENNE. Action vaso-dilatatrice de la strychnine (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 899*).

La strychnine provoque une élévation considérable de la pression artérielle (alors même que l'on a empêché par le curare tout phénomène convulsif des muscles volontaires); c'est un agent vaso-constricteur, ainsi que l'ont montré Richter, S. Mayer, Vulpian, etc., mais c'est aussi un agent vaso-dilatateur — pour la région labio-buccale ainsi que l'a montré Wertheimer (1891) — et pour tout le réseau cutané, comme le montre Delezenne par des mesures de température cutanée. La vaso-dilatation est active. Il y a donc en somme une constriction dans les vaisseaux viscéraux, une dilatation dans les vaisseaux périphériques cutanés, comme dans le cas de l'asphyxie, de l'excitation des nerfs sensibles (balancement des circulations de Dastre et Morat). En même temps il y a abaissement de la température rectale par suite du refroidissement périphérique du sang accru. Chez l'animal non curarisé la strychnine élève au contraire la température parce que l'effet précédent est plus que compensé par l'énergie des convulsions musculaires. DASTRE.

MELTZER. On absorption of strychnine and hydrocyanic acid from the stomach (*Trans. of the Ass. of Amer. phys.*, *1896*).

L'auteur introduit la strychnine et l'acide cyanhydrique dans l'estomac des lapins. Des doses de 6 à 10 milligr. de strychnine tuent en quinze minutes lorsque le pylore et le cardia sont libres. La ligature des deux orifices permet de laisser 60 milligr. de strychnine dans l'estomac pendant 15 heures sans que l'absorption s'effectue ; cette résistance ne peut être attribuée à la ligature des vaisseaux, car, lorsqu'on ménage les vaisseaux, le résultat est identique.

Au contraire, l'acide prussique est absorbé rapidement par l'estomac, même après ligature du cardia et du pylore. Il semble que l'absorption soit facilitée par l'hémorragie déterminée à la surface de la muqueuse. La volatilité du produit accélère probablement le phénomène.

Si l'estomac est réfractaire à la strychnine, le rectum, au contraire, absorbe aisément ce poison ; avec 3 milligr. on tue les lapins en six ou huit minutes. Le pharynx se prête mieux encore à l'expérience ; avec 3 ou 4 milligr. la mort survient en 3 ou 4 minutes. L. GALLIARD.

SCHLAGDENHAUFFEN et REEB. La coronilline au point de vue chimique, physiologique et thérapeutique (*Arch. de pharm. de Gand*, *III*, *p. 5*).

Les auteurs ont étudié la coronilline, extraite des grains de coronille

bigarré ; l'extrait de coronille amerus n'en contient pas. Cette substance a, sur le cœur, une action identique à celle de la digitale : ralentissement du pouls, augmentation de la pression artérielle, mort par arrêt du cœur en systole.

La coronilline a une action diurétique, favorise la disparition de l'œdème, mais il faut la manier avec prudence, sa tolérance étant assez variable. (Voy. *R. S. M.*, XLVIII, 472.) A. CARTAZ.

UNVERRICHT. Ueber den schädlichen Einfluss des Atropins auf die Athmung (*Berlin. klin. Woch.*, *n*os *24 et 25*, *15 et 22 juin 1896*).

Les faits cliniques comme les expériences d'Unverricht s'accordent à montrer que loin d'être un stimulant pour la respiration, l'atropine, même à petites doses, exerce des effets fâcheux sur cette fonction et que partant il n'y a pas lieu d'y recourir dans l'empoisonnement par la morphine. J. B.

MARGOULISS. De l'action diurétique de la théobromine (*Thèse de Paris*, *1896*).

L'action diurétique de la théobromine est indiscutable et rapide ; il n'existe pas de phénomènes d'accumulation. Elle est indiquée dans les cas d'asystolie, d'hyposystolie, d'asthénie cardio-vasculaire, et dans les hydropisies quelles qu'elles soient. Il n'est qu'une seule contre-indication : l'idiosyncrasie.

La dose habituelle diurétique est de 2 grammes ; mais en paquets de 50 centigrammes, on peut aller jusqu'à 5 grammes.

R. FAURE-MILLER.

Hans MEYER. Ueber Wirkung und Anwendung des Chelidonins (*Berlin. klin. Woch. n° 34*, *p. 771*, *24 août 1896*).

La chélidonine, alcaloïde extrait de la racine de la grande éclaire, est proche parente de la morphine ; comme celle-ci, mais à un degré moindre, elle diminue les impressions douloureuses des centres, elle a une action narcotique, à hautes doses, sans provoquer ni nausées, ni vomissements, ni convulsions, ni exacerbation des réflexes ; enfin elle a une faible action analgésiante locale.

Seved Ribbing et Th. Rumpf ont expérimenté la chélidonine, sous forme de sulfate ou de tannate, sur des malades atteints d'ulcère gastrique, de cancer de l'estomac ou d'entéralgie, en l'administrant, à l'intérieur, à des doses de 5 à 20 centigrammes. Les résultats ont été très satisfaisants et le médicament n'a déterminé aucun phénomène incommode, ni constipation. Meyer estime que la chélidonine trouverait de nombreuses applications dans la médecine infantile pour remplacer l'opium dont elle n'a pas les dangers. Le tannate, qui est insoluble dans l'eau, doit être employé à dose double de celles du sulfate et du phosphate de chélidonine.

Les essais de Schmidt-Rimpler et d'Uhthoff montrent qu'en oculistique la chélidonine ne saurait être un succédané de la cocaïne. (*R. S. M.*, XLI, 509.) J. B.

ARNHEIM. Sanoform, ein neues Ersatzmittel für Iodoform (*Berlin. klin. Woch. n° 31, p. 707, 3 août 1896*).

Le sanoforme a été préparé par Gallinek et Courant, en juin 1895 ; c'est l'éther méthylique de l'acide diiodosalicylique, contenant 62,7 0/0 d'iode. Il forme une poudre blanche complètement inodore et insipide, qui fond à 110° C., ce qui permet de la stériliser sans volatilisation ni décomposition. Le sanoforme se dissout facilement dans l'alcool, l'éther ou la vaseline.

D'après les expériences de Langgaard, il n'est pas toxique. Lohnstein l'a employé, à la place d'iodoforme, chez 72 malades atteints d'ulcérations de diverses natures, de bubons ou de plaies. Tant sous forme de poudre que de pommade, il s'est généralement montré aussi efficace que l'iodoforme sans en avoir les effets fâcheux. Arnheim le regarde comme équivalant au nosophène sur lequel il a l'avantage d'être moins coûteux. Dans les lésions infectieuses, l'antinosine lui est préférable. (*R. S. M.*, XLIX, 91.) J. B.

W. DULIÈRE. L'apiol (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, n° 11, p. 894, 1896*).

Indépendamment du procédé employé pour préparer l'apiol, sa composition est variable comme celle des fruits de persil eux-mêmes ; il peut contenir ou non un principe cristallisable connu sous le nom de camphre de persil.

Le mode de préparation influe peu sur la composition de l'apiol ; celle-ci paraît être identique, quel que soit l'aspect du produit, dès qu'il provient d'une même espèce de fruits.

L'action physiologique spéciale de l'apiol ne dépend pas de la présence du camphre du persil, car l'apiol de Homolle et Joret, quoique actif, n'en contient pas. LEFLAIVE.

MASSALONGO et SILVESTRI. De l'asaprol (*Riforma med., n° 212, sept. 1896*).

Les essais faits avec l'asaprol par Massalongo et Silvestri sont peu favorables à l'emploi de ce médicament. Les auteurs l'ont prescrit, à titre d'antiseptique, dans 10 cas de tuberculose pulmonaire, 4 cas de fièvre typhoïde et 5 cas de catarrhe intestinal chronique; les résultats ont été complètement négatifs, même dans l'entérite, car la diarrhée, les coliques, loin d'être atténuées, ont au contraire subi une recrudescence à la suite du traitement. Même désillusion en ce qui concerne la valeur antipyrétique de l'asaprol, dans les cas de tuberculose, de fièvre typhoïde, de pneumonie et d'érysipèle où il a été employé. Enfin, comme analgésique il s'est montré également dénué de toute efficacité dans quelques cas de névralgies violentes. Il a complètement échoué dans 10 cas de rhumatisme articulaire aigu, maladie contre laquelle il a été spécialement préconisé. G. LYON.

DEBAINS. Étude sur quelques inconvénients produits par le bicarbonate de soude et, en particulier, sur l'irritation vésicale (*Thèse de Paris, 1896*).

Le bicarbonate de soude peut déterminer : de la distension de l'estomac, de la diarrhée, des phénomènes d'irritation vésicale avec douleurs, mictions fréquentes, hématurie ; quand à la cachexie alcaline, elle doit être peu redoutée. R. FAURE-MILLER.

L. STRAT. Sur l'absorption du salicylate de méthyle par voie cutanée et par voie pulmonaire (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

Si l'on badigeonne une surface quelconque du corps avec du salicylate de méthyle et qu'on se contente de recouvrir la surface badigeonnée d'un pansement à la gutta, on constate par l'analyse des urines l'absorption d'une assez grande quantité de salicylate ; mais la voie pulmonaire a sûrement servi à l'absorption ; l'odeur du salicylate de méthyle se sent en effet dans toute la salle très rapidement après le pansement. Le poumon absorbe très facilement et d'une façon très intense l'éther méthyl-salicylique ainsi qu'on peut le démontrer par le dosage de l'acide salicylique contenu dans l'urine d'un sujet soumis à des inhalations de salicylate de méthyle.

Si donc, on veut déterminer exactement le degré d'absorption par la peau, il faut se mettre avec grand soin à l'abri de l'absorption par la voie pulmonaire. C'est ce qu'a fait l'auteur en adoptant un dispositif très ingénieux et absolument irréprochable. Dans ces conditions, si l'on plonge le bras dans une atmosphère de vapeurs d'éther méthyl-salicylique, on constate qu'il y a absorption, mais absorption peu intense. On retrouve beaucoup plus d'acide salicylique dans les urines et par conséquent l'absorption est bien plus intense si l'on applique directement le salicylate sur la peau. De plus cette absorption a lieu sans destruction de l'épithélium puisque si, après une application prolongée d'éther méthyl-salicylique on applique au même point une pommade iodurée ou une solution de bromure de lithium, on ne constate aucune absorption, la barrière épithéliale est donc intacte au moins physiologiquement. DONNADIEU.

Paul BINET. Toxicologie comparée des phénols (2e mémoire) (*Revue méd. Suisse romande, XVI, nos 9 et 10, sept. et oct. 1896*).

Conclusions : Les dérivés halogénés du phénol sont moins toxiques que ce dernier. La toxicité s'abaisse d'autant plus que l'atome substitué est plus lourd ; le chlore la diminue le moins, le brome davantage et l'iode le plus. La présence d'un halogène dans la molécule modère les phénomènes d'excitation. Avec les chlorophénols et les bromophénols, le collapsus s'accompagne encore d'un fort tremblement qui s'atténue beaucoup et tend à disparaître avec les iodophénols.

L'introduction d'un groupe AzO^2 dans le phénol diminue la toxicité en position ortho, ne la modifie pas en position méta et l'augmente en position para. Les phénomènes d'excitation, le tremblement sont supprimés; l'action sur le sang est plus prononcée.

Le chlorobenzène et le nitrobenzène sont plus toxiques que le benzène.

Avec le nitrobenzène, le tremblement disparaît et l'on retrouve l'action sur le sang des dérivés nitrés.

Dans le groupe de l'eugénol, vanilline et pipéronal, les deux premiers, qui possèdent un hydroxyle phénolique libre, sont plus toxiques que le dernier chez lequel il n'y en a pas. Ils provoquent tous trois du collapsus sans tremblement.

Pour arrêter la fermentation de la levure de bière, le phénol s'est montré beaucoup plus actif que les oxyphénols, et le salicylate de soude que le benzoate. Le pouvoir antifermentatif est donc accru par la présence d'un hydroxyle phénolique, mais il est en raison inverse du nombre des hydroxyles (*R. S. M.*, XLVIII, 65). J. B.

I. — H. HILDEBRANDT. Zur pharmakologischen Kenntniss des Thyroiodins (*Berl. klin. Woch.*, *n° 37*, *p. 826*, *14 sept. 1896*).

II. — S.-H. FRENKEL (de Heiden) et M. FRENKEL (de Paris). Iod im Harn nach Einnahme von Thyroiodin-Tabletten (*Ibid.*, *p. 827*).

I. — La thyroïodine ou iodothyrine fait cesser les phénomènes morbides observés sur les chiens thyroïdectomisés et conserve ces animaux en vie. Elle représente le principe actif de la substance du corps thyroïde. Parmi les troubles observés chez les chiens à la suite de la thyroïdectomie, on note parfois de l'albuminurie et de la glycosurie, qui disparaissent aussi par l'administration de thyroïodine. L'administration de thyroïodine à des lapins sains n'amène pas de glycosurie, pas plus que l'extirpation des glandes thyroïdes n'entrave l'assimilation du sucre de raisin par l'organisme animal.

Même en injections intraveineuses, l'iodothyrine n'a aucune influence sur la pression sanguine et sur le pouls. Les iodures employés avec succès contre le goitre chez l'homme sont incapables d'empêcher l'apparition de la tétanie consécutive à la thyroïdectomie. La thyroïodine est retenue dans l'organisme beaucoup plus facilement que les préparations iodées plus simples. Chez les chiens thyroïdectomisés et traités par l'iodothyrine, H. n'a pas retrouvé d'iode, même à l'état de composé organique, dans les urines.

II. — Femme de 58 ans atteinte de paralysie agitante et soumise à la médication par les tablettes thyroïdiennes anglaises à la dose quotidienne de 1 ou 2. Le traitement bien toléré n'eut aucune influence sur la maladie, mais fit maigrir un peu la malade. L'urine fut analysée à plusieurs reprises ; jamais elle ne renferma de sucre, et une fois seulement on y décela de l'iode, sans pouvoir s'expliquer la raison de sa présence, puisque la découverte de Baumann n'était pas encore faite. J. B.

I. — A. PILLIET. Études expérimentales sur les lésions des capsules surrénales dans quelques empoisonnements (*Arch. de physiol.*, *VII*, *p. 555*).

II. — P. LANGLOIS. Recherches sur l'altération fonctionnelle des capsules surrénales (*Ibid.*, *VIII*, *p. 152*).

I. — Les capsules seraient des émonctoires où les globules rouges altérés par les poisons du sang viennent se détruire et terminer leur cycle vital ;

ils cèdent leur hémoglobine aux cellules médullaires de l'organe qui s'en imprègnent à l'état de pigments. Les poisons hématiques, tels que le formol, les dérivés de l'aniline; les poisons minéraux, nitrate de soude, nitrate d'urane provoquent une congestion de la capsule; une surcharge pigmentaire des cellules de la substance médullaire, des hémorragies cavitaires dans cette même région. Le sang altéré traverserait la glande de dedans en dehors, du centre à la périphérie, abandonnant l'hémoglobine à la substance médullaire ou à la partie profonde de la couche corticale. Quand la glande est imprégnée, ce sont d'autres éléments mésodermiques qui viennent la suppléer, globules blancs du sang, cellules connectives de la peau; d'où la pigmentation cutanée dans certaines affections destructives de la capsule.

II. — 1° On observe dans des intoxications diverses (girofle, toluènemine, toxines bacillaires) particulièrement lorsqu'elles sont lentes, des altérations de capsules surrénales, hyperémie, hypertrophie, etc. (Roux et Yersin, Roger, Pilliet, Charrin et Langlois); 2° La substance médullaire des capsules présente normalement la réaction de la pyrocatéchine : Mühlmann (1896) l'en a d'ailleurs extraite en nature. Cette substance semble diminuer en même temps que la toxicité de l'extrait capsulaire et en même temps que se montrent les lésions; 3° La toxicité des extraits de capsules surrénales signalée par Foa et Pellacani (1884), a été étudiée depuis par un grand nombre d'auteurs. L'effet est une élévation de pression artérielle avec ralentissement cardiaque. (Cybulski, Olivier et Schäfer); 4° Les capsules hyperémiées renferment encore le principe actif auquel est due cette action (ce n'est pas la seule pyrocatéchine). Mais les capsules hypertrophiées au double ou plus du volume primitif l'ont perdue. DASTRE.

I. — C. PHISALIX et G. BERTRAND. Recherches sur les causes de l'immunité naturelle des couleuvres contre le venin de vipère (*Arch. de physiol.*, *VI*, *p. 423*).

II. — Les mêmes. Propriétés antitoxiques du sang des animaux vaccinés contre le venin de vipère (*Ibid.*, *p. 611*).

III. — Les mêmes. Sur les effets de l'ablation des glandes venimeuses chez la vipère (*Ibid.*, *VII*, *p. 100*).

IV. — Les mêmes. Variations de virulence du venin de vipère (*Ibid.*, *VII*, *p. 260*).

V. — Les mêmes. Sur l'emploi et le mode d'action du chlorure de chaux contre la morsure des serpents venimeux (*Ibid.*, *VII*, *p. 523*).

I. — L'immunité des couleuvres contre le venin de vipère résulte de la présence dans le sang de principes toxiques analogues à ceux de ce venin.

Ce même principe se trouve aussi dans les glandes labiales supérieures de la couleuvre, qui sont non seulement les homologues des glandes à venin de la vipère, mais encore leurs analogues, du moins en ce qui concerne la sécrétion interne.

II. — L'état vaccinal résulte-t-il de la présence dans le sang de la matière vaccinante elle-même, ou d'une réaction de l'organisme sous

l'influence de cette substance. Dans le cas du venin de vipère, l'immunisation n'est pas produite directement par la matière vaccinante; elle résulte d'une réaction de l'organisme. C'est celle-ci qui produit dans le sang une nouvelle substance antitoxine, capable de neutraliser les effets du venin, non pas chimiquement, *in vitro*, mais physiologiquement, *in vivo*.

III. — On constate une faible différence dans la toxicité du sang chez la vipère opérée par rapport à l'animal normal. Cette différence ne se manifeste ni au début, ni tardivement, mais environ deux mois après l'opération, comme si une partie des principes toxiques du sang de vipère provenait des glandes à venin.

IV. — L'inoculation sous-cutanée du venin de vipère détermine des accidents locaux dus à l'échidnase et des accidents généraux dus à l'échidnotoxine. Suivant les saisons et les localités, le venin de vipère varie dans sa composition quantitative et qualitative. L'étude de ces variations prouve l'indépendance de l'échidnase et de l'échidnotoxine et l'existence d'une troisième substance qui expliquerait les propriétés vaccinantes du venin de vipère chauffé.

V. — La solution de chlorure de chaux préconisée (Calmette) contre la morsure des serpents venimeux n'a aucune action générale immunisante, mais seulement une action locale. Elle peut détruire le venin sur place, mais surtout elle mortifie les tissus et met ainsi obstacle à l'absorption. Il faut injecter la substance en profondeur plutôt que sous la peau, à l'endroit même où ont pénétré les crochets du reptile. DASTRE.

RENDU. Note sur deux cas d'intoxication saturnine d'origine peu connue (*Soc méd. des hôp.*, *16 oct. 1896*).

Un homme de 23 ans, d'une bonne santé habituelle, est pris d'une série de malaises variés : lassitude excessive, douleurs continues dans les jambes, avec crampes, inappétence, puis céphalalgie, coliques sèches avec douleurs atroces à l'épigastre et vomissements bilieux, insomnie, excitation cérébrale ; au bout de 15 jours de maladie, les vomissements devinrent très fréquents pendant 5 jours. Après une dizaine de jours de grande amélioration, les malaises reparurent, accompagnés d'une teinte ictérique des téguments ; la constipation était tenace, l'haleine fétide, les gencives étaient fongueuses, recouvertes de tartre, avec liseré brunâtre non caractéristique, le ventre était plutôt rétracté, le foie un peu petit, le pouls lent et dur.

A la même époque, la sœur du malade, demeurant dans la même maison, avait présenté des malaises analogues, mais moins intenses.

Les autres habitants étaient tous bien portants, buvaient la même eau ; mais les deux malades seuls buvaient du cidre contenu, d'un repas à l'autre, dans un broc d'étain et y restant parfois en vidange. L'examen montra au fond du vase un dépôt terreux, contenant du plomb, et le vase était fait d'un alliage contenant 67 0/0 d'étain, 29 0/0 de plomb. H. L.

BRIQUET. A propos d'un cas exceptionnel d'intolérance pour l'antipyrine (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, *25 déc. 1896*).

Un homme de 24 ans a eu la fièvre typhoïde à 17 ans ; avant cette maladie, il a pris, à plusieurs reprises, 0gr,50 et même 1 gramme d'antipyrine sans

ressentir le moindre malaise ; depuis, au contraire, l'antipyrine a toujours déterminé des accidents : prurit aux bourses et à la verge, avec taches noires de l'épiderme ; une autre fois, prurit aux mêmes organes suivi de l'apparition de bulles qui s'ulcèrent ; quelques jours après, plaies ressemblant à des aphtes, dans la bouche, surtout au palais ; une dernière fois, le malade prit environ 8 centigrammes d'analgésine ; quelques minutes après, prurit intense, limité aux verge, bourses et anus, suivi d'une rougeur érysipélateuse, puis de phlyctènes qui crevèrent ; les accidents buccaux survinrent le troisième jour, consistant en phlyctènes très douloureuses qui se desséchèrent en 6 à 11 jours. H. L.

DALCHÉ. Accidents causés par l'antipyrine : stomatite ulcéro-membraneuse (*Soc. méd. des hôp.*, *16 oct. 1896*).

Un homne de 26 ans avait une stomatite à répétition, stomatite ulcéro-membraneuse typique que l'on pouvait attribuer à la poussée d'une dent de lait, quand Dalché apprit que chaque stomatite se déclarait 4 à 8 heures après l'absorption de 1 gramme d'antipyrine. Il put voir la stomatite au début, caractérisée par des vésicules, à liquide clair, disséminées sur les lèvres et la langue. En outre, la conjonctive était injectée et il y avait un écoulement nasal. Deux jours après, les vésicules crevées laissaient des ulcérations et la langue se dépouillait presque en entier. Le malade n'était pas albuminurique. H. L.

Sidney RINGER et DIMSEY. Case of antifebrin poisoning (*Brit. med. Journ.*, *p. 195*, *25 juill. 1896*).

Femme de 28 ans, ayant l'habitude de prendre depuis 6 mois une dose d'antifébrine variant de 0,50 à 3 grammes. Le symptôme caractéristique de l'empoisonnement était la couleur des téguments, qui était d'un bleu grisâtre, surtout marquée aux lèvres, aux oreilles, à la langue et aux extrémités digitales, ainsi qu'aux conjonctives. Sauf une inégalité notable des pupilles, il n'y avait aucun trouble grave des différentes fonctions organiques. La coloration cyanique persista fort longtemps. H. R.

Th. KOELIN. Ein Fall von schwerer Salicylsäurevergiftung (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte*, *n° 16, 15 août 1896*).

Homme robuste, de 22 ans, atteint de rhumatisme articulaire aigu. Le 2e jour de la maladie, il prend, dans l'espace de 7 heures, par doses de 1 gramme, 5 grammes d'acide salicylique en paquets. Dès la nuit suivante, bourdonnements d'oreilles, surdité, céphalalgie violente, parole pénible et bredouillante, impossibilité absolue d'avaler, disparition progressive de la connaissance et, vers le matin, accès d'agitation maniaque. Koelin vit pour la 1re fois le malade le lendemain de la médication, à 5 heures du soir. Cyanose intense des téguments de la face, du cou et du haut du thorax ; extrémités froides et visqueuses. 12 respirations par minute avec type de Cheyne-Stokes ; 132 pulsations petites mais régulières ; température axill., 36°,3 ; pupilles étroites (2 millimètres), égales, ne réagissant pas à la lumière, violente agitation maniaque par instants, avec fortes nausées ; perte complète de la connaissance ; pas de garde-robe ni de miction depuis 10 heures. Lavement avec 5 grammes de chloral et infusion sous-cutanée de 500 centimètres cubes de solution salée. Nuit suivante plus calme, un seul accès maniaque. Le 3e jour, 16 respirations

moins superficielles, 102 pulsations plus amples, 36°8 matin, 37°,1 le soir; pupilles moins rétrécies et réagissant un peu; miction de 5 décilitres; urine trouble, brun sombre, à reflet verdâtre et albumineuse. Retour partiel de la connaissance, possibilité d'avaler. Alcool et nouvelle infusion salée. Le soir, encore un peu de délire. Emission de 13 décilitres d'urine légèrement brunâtre et trouble; céphalée, bourdonnements d'oreilles, nausées, tension épigastrique, soif intense. Le jour suivant : urines abondantes; guérison.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est qu'il n'est pas dû à une idiosyncrasie, mais à l'impureté du médicament.

Comme exemple d'intolérance à l'égard de certains médicaments, K. cite une femme de 62 ans, encore robuste, chez laquelle une dose de 1 gramme d'acide salicylique par jour déterminait des hallucinations auditives et visuelles; il existait chez cette malade semblable susceptibilité pour la quinine, tandis que l'antipyrine, la lactophénine, la phénacétine et le phénocolle ne provoquaient aucun accident. J. B.

LUCAS. De l'empoisonnement par l'hydrogène arsénié (*Thèse de Paris, 1896*).

L. indique comme traitement : les bains chauds prolongés; les diurétiques végétaux ou minéraux ordinaires et surtout la boisson conseillée par Orfila dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux : 5 ou 6 litres d'eau, un siphon d'eau de Seltz, 1 litre de vin blanc, 50 grammes de nitrate de potasse; bains de vapeur; inhalations d'oxygène; lait. Surveiller constamment les reins. R. FAURE-MILLER.

RICHARDIÈRE. Empoisonnement par le sublimé corrosif : gangrène de la bouche, de la vulve, du gros intestin, etc.; mort dans le collapsus (*Union méd., 21 nov. 1896*).

Une femme de 25 ans avale, le 1er novembre, le quart d'un flacon de 125 grammes, contenant une solution de sublimé au 1/10e; on peut évaluer à 3 grammes la quantité de sublimé ingérée, on provoque immédiatement des vomissements; rapidement surviennent de violentes douleurs dans le ventre avec vomissements alimentaires et diarrhée verte. Le 2, on note des ecchymoses étoilées dans la bouche et une salivation intense. Le 3, nausées, vomissements et diarrhée presque continuels, vomissements et selles noirâtres. Le 4, ulcérations dans la bouche aux points ecchymosés, sur les amygdales, les joues, les gencives; les ulcérations sont recouvertes de détritus gangreneux; on voit également des plaques de gangrène à la vulve, et autour de l'urètre. Le 5, anémie très accentuée, tendance au collapsus. Le 6, la température tombe à 35°, délire. Mort dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouve, dans l'estomac, des ulcérations, des ecchymoses, une grande eschare mesurant 8 centimètres sur 3 centimètres, vert noirâtre; dans l'intestin grêle, congestion et œdème; dans tout le gros intestin, de volumineuses eschares depuis le cœcum jusqu'au rectum; le tissu sain a presque disparu; ces eschares sont perpendiculaires à l'axe de l'intestin, la plupart forment un anneau complet. H. L.

RACHFORD. Leukomaïn-poisoning (*Transact. of the assoc. of Amer. phys., XI, p. 1, 1896*).

L'empoisonnement leucomaïnique, une des plus importantes auto-intoxications, se révèle par quatre symptômes principaux : la céphalalgie, l'épilepsie, la névrose gastrique, l'asthme.

L'urine d'une asthmatique âgée de 60 ans contenait, pendant un paroxysme, de la xanthine et de la paraxanthine; c'est à l'hypergénèse plutôt qu'à la défectueuse élimination de la paraxanthine que l'auteur attribue les crises.

Même intoxication paraxanthinique dans 3 cas d'alcoolisme chronique avec delirium tremens et dans un cas d'encéphalopathie saturnine.

Cette intoxication est souvent confondue avec l'urémie. L'auteur a trouvé de la paraxanthine dans le sang d'un homme de 57 ans, succombant dans le coma urémique par néphrite interstitielle; la solution du poison obtenu de cette manière tuait les souris en provoquant les symptômes caractéristiques de l'intoxication paraxanthinique: augmentation de l'excitabilité réflexe suivie de stupeur, de dyspnée et de convulsions d'abord cloniques, puis toniques. L. GALLIARD.

THÉRAPEUTIQUE.

H. ROGER. Les injections intraveineuses d'eau salée, leur mode d'action (*Presse méd., 18 nov. 1896*).

Les expériences ont porté sur des lapins auxquels on faisait successivement : 1° dans les veines, des injections d'eau salée variant de 3 à 288 centimètres cubes par kilogramme; 2° sous la peau, des injections de doses de sulfate de strychnine variant de 0,9 à 0,29; le résultat est que les injections intraveineuses retardent et atténuent considérablement les effets de la strychnine, mais à la condition d'introduire des quantités notables d'eau salée, à tripler ou quadrupler la masse du sang. Si on injecte l'eau salée sous la peau, les animaux, au contraire, meurent avant les témoins.

Roger conclut : 1° à l'augmentation (sous l'influence des injections intraveineuses) du pouvoir réflexe de la moelle, ainsi que le prouvent les convulsions uniquement chez les animaux hydrémiés ; 2° à la diminution de l'absorption du poison. H. L.

BARBIER et DEROYER. Sur l'emploi des injections sous-cutanées d'eau salée stérilisée (sérum artificiel) dans l'infection intestinale chez les nourrissons (*Soc. méd. des hôp., 27 nov. 1896*).

Les auteurs ont porté leurs recherches principalement sur la température et sur le pouls; ils notent les variations au moment de l'injection une demi-heure, 2 heures, puis 3, puis 5 heures après. Ils se servaient du sérum stérilisé à 7 0/00 et injectaient 30 centimètres cubes en 2 fois.

L'élévation de la température après chaque injection a été observée d'une façon constante, elle varie de 2 à 8/10es; déjà appréciable 1/2 heure

après, elle l'est davantage au bout de 2 heures, reste égale ou baisse à 3 heures et à partir de la 5e heure elle baisse. D'autre part, les injections pratiquées régulièrement amènent une élévation de la courbe générale de la température, en moyenne 37,5.

Le pouls présente des modifications analogues, l'accélération est en moyenne de 20 pulsations.

Les auteurs conseillent les injections : 1° dans les entérites aiguës avec hypothermie ; 2° dans les entérites chroniques hypothermiques avec affaiblissement progressif. De même dans une crise hypothermique ou de collapsus au cours d'une entérite fébrile.

L. Guinon préconise les injections à fortes doses (100 à 150 grammes) dans les cas où il y a une grande et brusque déperdition de liquide, dans les empoisonnements suraigus, dans certaines urémies aiguës; les doses faibles conviennent aux états dépressifs qui accompagnent ou suivent les maladies aiguës. H. L.

L. FOURMEAUX. Des injections sous-cutanées massives de solutions salines (*Thèse de Paris, 1896*).

Pour obtenir de bons effets *dans les hémorragies*, il faut employer le sérum, non pour relever la tension sanguine, mais comme hémostatique, et il ne faut pas dépasser la dose de 100 à 200 centimètres cubes de sérum artificiel pour la première injection, ni répéter trop souvent ces injections.

Dans les *septicémies*, au contraire, il faut procéder par des doses massives de 500 à 1,000 grammes, répétées chaque fois que se représente l'indication capitale, l'hypotension artérielle.

Les contre-indications à ces injections sont : certaines affections cardiaques (artério-sclérose, symphyse cardiaque, myocardite infectieuse, thromboses), rénales (mal de Bright) ou pulmonaires (tuberculose).

La composition chimique du sérum artificiel n'a pas grande importance. La solution la plus employée est celle de chlorure de sodium, dont la dose ne doit pas être supérieure à 10 grammes, ni inférieure à 4 grammes par litre d'eau stérilisée.

Le siège de l'injection peut être variable ; l'auteur préfère le creux de l'aisselle au niveau du bord inférieur du grand pectoral.

La voie hypodermique agit aussi sûrement mais plus lentement que la voie intraveineuse, que l'on doit réserver pour les cas exceptionnels où il y a urgence d'agir très rapidement. H. BOURGES.

CHRÉTIEN. De l'emploi thérapeutique des bains locaux d'air sec chaud, à l'aide de l'appareil Tallerman-Sheffield (*Presse méd., 26 déc. 1896*).

Chrétien cite 12 observations de malades traités à l'aide de cet appareil. Les effets obtenus dans le rhumatisme chronique déformant, le rhumatisme blennorragique, l'entorse, la sciatique, la goutte et certaines formes d'arthrite d'origine plus ou moins bien connue, ont été remarquables. Le bain d'air sec chaud produit une diaphorèse non seulement locale, mais aussi générale ; une disparition rapide des phénomènes douloureux ; une rougeur du tégument due à une intense vaso-dilatation ;

une accélération du pouls ; une élévation légère et momentanée de la température. R. FAURE-MILLER.

René PETIT. Le sérum antidiphtérique : effets physiolosiques et cliniques (*Thèse de Paris, 1896*).

Très bonne étude des phénomènes provoqués par l'injection du sérum de Roux : phénomènes généraux, accélération du pouls, variation du chimisme urinaire, quelquefois élévation de la température ; phénomènes locaux : détachement rapide des fausses membranes.

Le sérum rend l'albuminurie moins fréquente et moins prolongée. Injecté de bonne heure, il combat les symptômes de l'intoxication et rend la marche de la maladie plus bénigne. P. résume les données statistiques fournies à ce jour et n'a jamais vu pour sa part d'accidents graves imputables à la sérothérapie. A. CARTAZ.

AUSSET. Indications et accidents de la sérothérapie antidiphtérique (*Bull. méd., 15 août 1896*).

La seule présence du bacille de Lœffler dans une angine n'est pas une indication suffisante des injections de sérum antidiphtérique ; il faut aussi que l'état général commande l'intervention.

L'injection de sérum n'est pas inoffensive ; elle touche profondément l'organisme et peut occasionner la mort.

Un enfant atteint d'une angine diphtérique peu grave reçut une très faible quantité de sérum. Guérison ; sortie de l'hôpital. Douze jours après l'injection, il y revient avec de la fièvre, une éruption, de la prostration, de l'albuminurie. Mort par broncho-pneumonie. LEFLAIVE.

G. WELLS. Diphteria treated with antitoxin : subsequent death from acute ascending paralysis (*Med. News, p. 49, 9 janv. 1897*).

Un enfant de 18 mois fut traité par l'antitoxine pour une diphtérie grave, contractée le 8 mai ; la guérison était complète le 25 mai. Le 1er juin, on nota que l'enfant ne pouvait plus marcher ni se tenir sur ses jambes, et on reconnut une paralysie de l'extrémité inférieure gauche, puis la paralysie atteignit le membre inférieur du côté opposé, les muscles du dos, de la nuque, du voile du palais ; les membres supérieurs ne s'affaiblirent que vers la fin, et l'enfant succomba le 13 juin La vessie, le rectum ne paraissent pas avoir été affectés. La respiration resta normale, jusqu'à la veille de la mort ; le dernier jour elle fut rapide, courte et pénible.

La dose d'antitoxine fut de 10 centimètres cubes ; aucune amélioration ne suivit l'injection, et même l'enfant fut plus malade durant les 24 heures qui suivirent, et Wells paraît assez disposé à rendre l'antitoxine responsable de cette paralysie ascendante. P. MAUBRAC.

BIGGS et GUÉRARD. The use of antitoxic serum in the treatment of diphtheria under the supervision of the New York city health department (*Med. News, 12, 19 et 26 déc. 1896*).

A New-York, du 1er janvier 1895 au 1er octobre 1896, on a traité par l'antitoxine 1,252 diphtéritiques avec 198 décès ; mais si l'on retranche

80 malades, moribonds au moment du traitement, les chiffres deviennent 1,172 malades et 118 décès, soit 10 0/0. Les cas de diphtérie laryngée, déduction faite de 38 décès survenus dans les 24 heures, sont au nombre de 317 avec 70 décès, soit 22 0/0 ; 68 de ces malades ont été tubés et 25 sont morts, soit 36,7 0/0.

La mortalité totale des malades injectés dans les 48 premières heures de la maladie (déduction faite des malades ayant succombé dans les 24 heures après l'injection) a été de 4,3 0/0, et dans les 6 derniers mois, cette mortalité s'est abaissée à 1,6 0/0.

Dans ce rapport sont en outre réunis de très nombreux documents statistiques sur la mortalité comparée de la diphtérie, aux États-Unis et dans diverses contrées de l'Europe, selon l'âge, le jour de l'inoculation, la nature de l'intervention (intubation ou trachéotomie). PIERRE MAUBRAC.

MAUREL. Mode d'action du sérum antidiphtérique (*Bull. méd., 26 août 1896*).

Le sérum antidiphtérique doit agir en diminuant le reproductivité du bacille de la diphtérie, mais son action la plus puissante paraît être celle qu'il exerce sur la virulenee de ce bacille.

Au point de vue pratique, dans le dosage des quantités à injecter, il faut chercher à ce que la proportion dans le sang approche de 1/50e.

LEFLAIVE.

BURNEFF. Contribution à l'étude des pneumonies alcooliques traitées par les injections de strychnine (*Thèse de Paris, 1896*).

Après quelques aperçus sur l'influence clinique de l'alcoolisme sur la pneumonie, l'auteur insiste spécialement sur ce que l'alcool et la strychnine doivent être la base du traitement. Il remarque que la strychnine est particulièrement indiquée ici comme antidote de l'alcool, comme stimulant du système nerveux, comme excito-réflexe. Elle a, en outre, une action expectorante et diurétique qui est favorable.

R. FAURE-MILLER.

Thos. MAYS. The local application of cold in acute pneumonia (*Med. News, p. 125, 13 janv. 1897*).

May présente 104 nouveaux cas de pneumonie traités par les applications locales froides avec 3 morts : la mortalité a donc été de 2,88 0/0. La pratique de May porte actuellement sur 299 cas, avec 10 morts. Le froid limite l'extension du processus pneumonique et hâte la résolution ; par son influence sur la respiration et les nerfs périphériques du thorax, il a une action sédative profonde sur le cœur et la respiration. La respiration et le pouls diminuent de fréquence et la température s'abaisse rapidement : la crise est hâtée, et la maladie a une moindre durée. Le froid sera appliqué sous forme de vessie de glace sur le point malade, on le maintiendra jusqu'à ce que la température se maintienne à la normale ; il ne faudra pas se hâter de le supprimer, car lorsque la température s'élève à nouveau, il est moins facile de l'abaisser.

Jas. Tyson traite tous ses pneumoniques de cette façon, excepté les

vieillards et les alcooliques, chez lesquels la température n'est point élevée.

Anders a traité avec succès par le froid 8 pneumoniques ; jamais la maladie n'a avorté, mais elle a été toujours diminuée de gravité. C'est surtout dans le premier stade de la pneumonie que le froid peut rendre des services.

A. Hare dit qu'après que le stage de congestion est passé, il faut reprendre la médication symptomatique ; à la période de consolidation le froid ne peut hâter la résolution. L'application continue du froid jusqu'à ce que la crise survienne peut déterminer une chute brusque de la température avec collapsus.

J. Wilson fait remarquer que le degré élevé de la température n'est pas un indice de la gravité de la pneumonie ; pour lui, la glace ne limiterait point l'extension de l'exsudat, elle ne hâterait point la crise, mais calmerait la douleur, régulariserait la respiration et abaisserait la température.

J. Griffith n'a point observé que le froid influençât la marche de la maladie.

Ball recommande ce traitement surtout chez les enfants de 4 à 12 ans qui supportent très bien le froid et gagnent ainsi un soulagement à leurs douleurs et un sommeil tranquille. P. MAUBRAC.

Paul PAQUIN. Specific medication in tuberculosis of man and beast (*Journ. Amer. med. Assoc.*, *30 janv. 1897*).

Le sérum dont P. se sert actuellement dans ses expériences sur les animaux et dans ses tentatives de traitement de la tuberculose humaine est un sérum d'une grande puissance obtenu en se servant, pour la production de l'immunité chez les chevaux, non seulement de la tuberculine mais encore de toxalbumine de bacilles virulents morts et même de cultures vivantes. La tuberculose expérimentale, sous diverses circonstances, fut jugulée par ce sérum dans le 25 à 55 0/0 des cas, suivant les stades des lésions. Sur 226 cas cliniques, P. a obtenu quelques améliorations : augmentation de poids, diminution des sueurs nocturnes, récupération de l'appétit, mais on cherche en vain un cas à peu près probant de guérison. CART.

CATTANEO. Sérothérapie de la tuberculose (*Gaz. degli ospedali*, *14 mars 1896*).

Cattaneo a traité de jeunes enfants tuberculeux avec des injections sous-cutanées de sérum de Maragliano. Il en donne deux observations où la médication, fort bien tolérée (50 injections), fut suivie d'une réelle amélioration. Voici quelques chiffres à l'appui :

1er *cas*. Avant le traitement, hémoglobine, 40 0/0 ; globules rouges, 4624000 ; poids du corps, 7 kilogr. 55.

Après le traitement, hémoglobine, 55 0/0 ; globules rouges, 4584000 ; poids, 8 kilogr.

2e *cas*. Avant le traitement, hémoglobine, 50 0/0; globules rouges, 3000; poids du corps, 11 kilog. 75.

Après : hémoglobine, 60 0/0 ; globules, 3624000 ; poids, 11 kilogr. 8.

Ces résultats ne sont pas, suivant nous, très concluants, l'accroissement du poids est notamment bien minime pour une période de traitement de plus d'un mois. H. R.

KRAHN. La sauge officinale comme antisudorifique (*Wiener klin. Woch., n° 32, 1896*).

Krahn a employé la sauge contre les sueurs dans la phtisie, le rhumatisme articulaire, la fièvre typhoïde, la leucémie chez 38 malades ; 36 fois le médicament s'est montré plus ou moins actif et 18 fois son efficacité a été absolue. Krahn l'administrait en général sous forme de teinture, à la dose quotidienne de soixante gouttes, répartie en trois prises ; quelquefois sous forme d'infusion (1 cuillerée à bouche de feuilles pour demi-litre d'eau), à la dose de 2 ou 3 tasses par jour. J. B.

STOCKMAN. The use of camphoric acid in excessive sweating (sueur) (*Edinburgh med. Journ., p. 45, janv. 1897*).

S. a employé, depuis 4 ans, le camphre à la dose de 0 gr. 75 à 1 g. 50, chez des malades atteints de sueurs excessives, soit durant la nuit, soit durant le jour, mais chez lesquels il n'existait aucun signe de tuberculose. Chez les tuberculeux le camphre a une valeur égale à celle de l'atropine ; il est sans action sur les bacilles tuberculeux ou sur l'état local des poumons.

S. recommande de donner 1 gr. 50 de camphre en une dose, le soir, 2 ou 3 heures avant l'apparition des sueurs, ou bien en deux doses, à court intervalle ; on note parfois un peu d'irritation de l'estomac, des reins. Le camphre paraît agir en paralysant les terminaisons nerveuses des glandes sudoripares. P. MAUBRAC.

Adolf Magnus LEVY. Versuche mit Thyreoantitoxin und Thyroidin (Recherches sur l'antitoxine thyroïdienne et la thyroïodine) (*Deutsche med. Woch., p. 491, 30 juill. 1896*).

L'auteur a expérimenté successivement sur un sujet de 46 ans atteint de myxœdème l'extrait thyroïdien total, l'antitoxine thyroïdienne de Frankel et la thyroïodine de Baumann. Le sujet a pris des tablettes thyroïdiennes pendant 19 jours, puis après un repos de 2 mois, a pris pendant 24 jours des tablettes de Frankel ; nouveau repos d'une semaine et 20 jours de traitement par la thyroïodine.

Les tablettes de Frankel n'ont eu aucun effet sur l'état du malade. La thyroïodine a produit sensiblement les mêmes effets que l'extrait total : accroissement de l'acte respiratoire, augmentation de l'absorption d'oxygène (de 130 à 198,5 centimètres cubes par minute), de l'excrétion d'acide carbonique, abaissement du quotient respiratoire, diminution du poids du corps de $44^k,2$ à $41^k,9$. Avec l'extrait total, le poids était tombé à $39^k,2$. Retour de la peau à l'état normal avec disparition des bourrelets et réapparition des sueurs, augmentation de fréquence du pouls de 60 à 100. H. DE BRINON.

J. P. Z. BUSCH. Zur Frage des Thyreoidismus (*Deutsche med. Woch., p. 492, 30 juill. 1896*).

Se basant sur des expériences faites sur les rats, Lanz a cru pouvoir affirmer que les phénomènes de thyroïdisme observés chez les malades qui prennent des tablettes thyroïdiennes sont dus non à l'extrait thyroïdien lui-même, mais à une décomposition des sucs qui se produirait pendant la préparation des tablettes. L'auteur a traité plus de 100 malades à l'aide des préparations de Burrroughs. Il a conservé des notes sur 68 de ces malades, 4 fois seulement il a observé des phénomènes de thyroïdisme. Chez ces 4 malades, dont 2 étaient des enfants de 6 à 7 ans, les phénomènes de thyroïdisme se sont toujours montrés à l'occasion de doses élevées, tandis que les doses faibles étaient bien supportées. Dès qu'on diminuait la dose, les phénomènes disparaissaient; dans aucun cas, il n'y a eu de diarrhée, ni d'élévation de température : les enfants seuls ont vomi; les phénomènes observés : agitation, mal de tête, élévation du pouls, sueurs, tremblements sont absolument en rapport avec le tableau de l'empoisonnement thyroïdien et du goitre exophtalmique et non avec celui de l'empoisonnement par les viandes altérées. Aucun des malades observés par Busch n'a remarqué le goût désagréable, fétide, signalé par Lanz, mais seulement le goût légèrement salé.

Trois adultes en bonne santé ont pris, à l'instigation de l'auteur, pendant 4 à 6 semaines, des tablettes à doses croissantes de 2 à 10 par jour, aucun de ces trois sujets n'a éprouvé de troubles de la santé. Les seuls phénomènes observés ont été l'augmentation des urines, l'accroissement de fréquence du pouls, la perte de poids, la tendance aux sueurs. L'appétit, les digestions, l'état général sont restés dans l'état normal, aucun n'a présenté de phénomènes d'excitation nerveuse. Les tablettes thyroïdiennes, jusqu'à la dose de 10 par jour, peuvent donc être prises plus ou moins longtemps par la plupart des sujets sans inconvénients. Lorsqu'elles ne sont pas tolérées, il faut admettre une sorte d'idiosyncrasie. Si le goitreux simple et le basedowien ne réagissent pas de la même façon, cela tient à ce que la thyroïdine administrée au goitreux simple supplée à la surproduction demandée à la glande thyroïdienne pour neutraliser l'élément toxique de l'eau de boisson, tandis qu'elle vient s'ajouter en excès chez le basedowien qui, par suite d'une excitation partie de la moelle allongée, produit déjà trop de substance thyroïdienne.

H. DE BRINON.

I. — J. SABRAZÈS et CABANNES. Guérison rapide d'un goitre simple par l'extrait glycérique de corps thyroïde (*Gaz. hebd. Paris, n° 28, 1896*).

II. — LICHTWITZ et J. SABRAZÈS. Guérison par le traitement thyroïdien d'un goitre plongeant à la veille d'être opéré (*Bulletin méd., 31 janv. 1897*).

I. — Relation d'un cas de goitre extrêmement volumineux (46 centimètres de tour du cou) chez lequel la médication iodo-iodurée, suivie pendant plusieurs années, n'avait amené aucune modification. En deux mois, sous l'influence de l'extrait glycérique de corps thyroïde, le goitre diminua dans des proportions considérables et finit par guérir complètement.

II. — Observation à rapprocher de la précédente. Le malade, âgé de 23 ans, était porteur d'un goitre volumineux avec prolongement rétro-sternal amenant de la gêne respiratoire. Le traitement iodé et ioduré avait été suivi longtemps sans aucun succès. L'opération avait été conseillée en raison des troubles de la respiration. Il n'existait aucun phénomène laryngé, pas de signes d'exophtalmie. Le malade fut soumis à l'extrait glycérique thyroïdien, et aux tablettes, représentant une dose quotidienne de 80 centigrammes de corps thyroïde. En peu de temps les phénomènes subjectifs disparurent, puis, au bout de 15 jours, le goitre a diminué et la glande thyroïde a repris son volume normal. A. CARTAZ.

Charles TODD. A case of exophthalmic goitre treated by thymus gland (*Brit. med. Journ.*, *p. 195*, *25 juill. 1896*).

Jeune fille de 22 ans, atteinte de goitre exophtalmique depuis l'âge de 16 ans, à la suite d'une chute; par une curieuse coïncidence, une de ses sœurs a du myxœdème et se trouve bien du traitement thyroïdien. Elle présente la triade symptomatique, y compris une tachycardie considérable (156 pulsations irrégulières). Le traitement par l'ingestion de thymus est commencé le 30 septembre. 30 grains de cette substance sont ainsi absorbés; le pouls tombe à 130 et les palpitations sont moins violentes. On augmente la dose de thymus jusqu'à 5 grammes par jour. Au bout de 3 semaines le pouls est tombé à 72 et redevenu régulier, l'exophtalmie a presque disparu. H. R.

K. SVEHLA. Ueber die Einwirkung des Thymussaftes..... (De l'action du suc thymique sur la circulation et de la mort par le thymus chez l'enfant) (*Wien. med. Blätter*, *n° 46*, *1896*).

Lorsqu'on injecte dans les veines d'un chien de l'extrait de thymus d'enfant, de veau, de porc ou de chien, on provoque un abaissement de la pression sanguine dû à l'affaiblissement ou à la paralysie des vasoconstricteurs. Il se fait aussi une accélération du pouls résultant d'une action directe sur le cœur.

Lorsque les doses injectées sont fortes, l'animal succombe après avoir présenté de l'agitation, puis du collapsus et de la dyspnée. A l'autopsie on trouve les lésions de l'asphyxie.

L'asthme thymique et la mort par le thymus chez les enfants peuvent être regardés comme résultant de l'hyperthymisation du sang.

LEFLAIVE.

BLACHSTEIN. Ueber das Verhalten des Chrysoïdins..... (De l'action de la chrysoïdine sur les vibrions cholériques) (*Münch. med. Woch.*, *p. 1067*, *3 nov. 1896*).

La chrysoïdine agit sur les vibrions cholériques comme une agglutinine spécifique. Ajoutée à un bouillon troublé par la présence des vibrions, on voit se produire de petites granulations, qui se séparent et finalement laissent un liquide clair. Cette substance peut être employée pour la désinfection des puits et pour les lavages de la bouche, de l'œsophage et de l'estomac. C. LUZET.

PAPAS. Des effets de la digitale dans les cas d'insuffisance tricuspidienne (*Thèse de Paris, 1896*).

Dans l'insuffisance tricuspidienne organique, l'emploi de la digitale est indiquée dès que la lésion n'est plus compensée. La digitale, dans ces cas, doit être employée à faible dose pour ne pas obtenir une cessation trop brusque de l'insuffisance valvulaire. R. FAURE-MILLER.

COTTAM. Sulfate de spartéine dans l'anesthésie chloroformique (*Therap. Gaz., 15 nov. 1896*).

L'auteur considère le sulfate de spartéine comme l'une des meilleures substances cardiaques dans le cas d'anesthésie chirurgicale par le chloroforme. Il injecte sous la peau 3 centigrammes de spartéine dix minutes avant l'opération et 2 centigrammes ensuite, si l'opération se trouve retardée, au cours de cette dernière. Dans ces conditions, il est inutile d'injecter de la morphine. R. FAURE-MILLER.

S.-A. VOLANSKI. Influence du baume de copahu et du santal sur les fonctions gastriques chez l'homme (*Thèse de St-Pétersbourg, 1896*).

Résultats fournis par 114 analyses chez 10 hommes ; 5 recevaient d'abord 5gr,6 puis 3gr,7 par jour de copahu, 5 autres les mêmes doses de santal.

1° L'acidité totale et l'acide chlorhydrique du contenu stomacal sont tantôt augmentés, tantôt diminués sous l'influence du copahu, avec persistance de cette action pendant quelques jours après la cessation du remède ; le santal n'a pas cette action ; 2° la diminution de la force digestive est plus prononcée sous l'influence du copahu ; 3° l'énergie de la présure ne subit aucune action ni par l'un, ni par l'autre remède ; 4° l'acide lactique augmente sous l'influence du copahu et ne subit aucun changegement par le santal ; 5° la transformation de l'amidon peut notablement augmenter du fait du copahu et ne varie pas par le santal ; 6° le santal ne modifie pas la résorption stomacale, le copahu la retarde quelquefois ; 7° les deux agents peuvent affaiblir la motilité de l'estomac ; 8° l'estomac supporte, en général, mieux le santal, qui, à la dose de 3gr,7 par jour, ne trouble pas les fonctions gastriques, même dans les cas de troubles gastriques légers. H. FRENKEL.

Georg GROTE. Klinische Erfahrungen über die Wirkung..... (L'action de la papaïne dans les affections de l'estomac) (*Deutsche med. Woch., p. 474, 23 juill. 1896*).

Les expériences ont porté sur des cas de dyspepsie aiguë (3 observations), d'ulcère de l'estomac (3 cas), d'insuffisance motrice avec hyperacidité (2 cas), de dyspepsie nerveuse (4 cas), de cancer stomacal (4 cas). Le contenu stomacal était examiné au point de vue histologique et chimique avant et après l'emploi de la papaïne. D'une manière générale, le résultat a paru mauvais dans les cas d'ulcération et d'hyperacidité, douteux dans les autres. H. DE BRINON.

MAUREL. Traitement du diabète arthritique par le dosage de l'alimentation (*Bulletin méd.*, *2 sept. 1896*).

En ramenant à la ration normale l'alimentation de 16 diabétiques et sans les astreindre à un régime exclusif, il a obtenu 10 guérisons et 6 améliorations. LEFLAIVE.

MYSZYNSKA. Contribution à l'étude du traitement des néphrites infectieuses par la teinture de cantharides (*Thèse de Paris*, *1896*).

La teinture de cantharides est très utile dans le traitement des néphrites épithéliales aiguës avec ou sans anasarque, chez les sujets jeunes, au début de la maladie. Elle constitue alors un diurétique remarquable et abaisse le taux de l'albumine, même en dehors du régime lacté. Mais elle est contre-indiquée dans les néphrites interstitielles des artério-scléreux et des saturnins. R. FAURE-MILLER.

ROBIN et BINET. De l'action thérapeutique de la balnéation froide dans la fièvre typhoïde (*Archives de méd.*, *nov. 1896*).

Les bains froids ont une très réelle action oxydante, ils augmentent les échanges respiratoires dans tous leurs modes, mais ce qui s'accroit surtout c'est la consommation totale de l'oxygène, et principalement la quantité d'O^2 absorbé par les tissus. L'action des bains froids n'est pas immédiate; le relèvement des échanges ne commence qu'une demi-heure après le bain, et n'atteint son maximum qu'une heure après le bain; la durée de l'action est très variable. Le bain froid qui n'abaisse pas la température n'a qu'un effet restreint ou nul sur les échanges respiratoires.

Robin résume ainsi le mécanisme de l'action de la balnéation froide. Elle abaisse la température; elle exagère les actes d'oxydation, elle augmente la tension artérielle, d'où diurèse et élimination des toxines.

H. L.

SPILMANN et G. ÉTIENNE. Essai de traitement de la chlorose par l'ovarine et le suc ovarien (*Bull. méd.*, *26 août 1896*).

L'ovarine (ovaire de brebis desséché, suc ovarien), administrée à six chlorotiques, a semblé, dans trois cas, avoir une action favorable sur l'état général, sur l'augmentation du nombre des globules, sur la réapparition de la menstruation. LEFLAIVE.

SCHÄFFER. Das ferripyrin als Hämostaticum in der Gynækologie (*Münch. med. Woch.*, *p. 1184*, *1er déc. 1896*).

La ferripyrine est un styptique indubitable, aussi bon que le perchlorure de fer; mais on peut la laisser en présence des muqueuses 12 à 24 heures et plus sans produire de cautérisation. En solution concentrée elle agit sur la matière comme astringent énergique sur toute la muqueuse. On peut l'employer en tampons, ou sous forme pulvérulente sèche. C. LUZET.

FUCHS. Du traitement de la migraine par le bromure de potassium (*Thèse de Paris, 1896*).

Le bromure de potassium est le médicament qui peut donner de meilleurs résultats, surtout dans les formes graves de la migraine, principalement dans la migraine accompagnée. Mais ce médicament, pour être efficace, doit être administré *constamment*, sans interruption d'un seul jour, *fortement*, à dose presque toxique, et *longtemps*, quelquefois un ou deux ans. R. FAURE-MILLER.

HUBRECHT. L'antipyrine dans la chorée de Sydenham (*Thèse de Paris, 1895*).

Sur 21 cas de chorée traités par l'antipyrine, l'auteur a observé 20 succès et 1 insuccès. Dans le nombre se trouvaient compris 15 chorées graves, 5 chorées légères. 14 chorées intenses et graves ont guéri après un traitement moyen de 19 jours. Mais il faut l'employer à doses fortes : de 3 à 5 grammes, à moins que l'état antérieur des reins s'y oppose. De ces diverses observations il suit que l'antipyrine est bien supportée par les enfants, même à hautes doses. R. FAURE-MILLER.

DANA. Method of relieving. Tic douloureux (*Trans. of the Ass. of Amer. phys., XI, p. 383, 1896*).

L'auteur a traité six hommes et deux femmes atteints de tic douloureux depuis plusieurs années (deux à dix ans). Dans six cas il a obtenu une accalmie qui a duré de six mois à deux ans.

Le traitement consiste en injections hypodermiques de strychnine à doses massives. On commence par 1/30 de grain, soit 2 milligrammes environ, puis on monte à un sixième ou un quart de grain (1 centigramme ou 1 centigr. 1/2) au bout de 20 jours. Les fortes doses exaspèrent parfois la douleur ; en général, elles calment. La contracture des mâchoires, associée au tic douloureux, a cédé dans un cas d'une façon complète en 2 semaines. Etant arrivé à la dose maxima, l'auteur maintient cette dose pendant dix jours, puis il diminue graduellement jusqu'à la fin de la 6e semaine.

Ensuite on donne de l'iodure de potassium, du salicylate de potassium ou de la nitroglycérine.

Le repos au lit est indispensable pendant la cure. L. GALLIARD.

WENTWORTH. Lumbar puncture (*Boston med. surg. Journ., 4 janv. 1897*).

La ponction lombaire faite dans le but d'établir le diagnostic de méningite tuberculeuse présente des difficultés, obstruction de l'aiguille par caillot sanguin, non-pénétration dans le canal rachidien, etc., sur lesquelles W. attire l'attention en indiquant les moyens d'y parer. Le liquide rachidien sera cultivé et inoculé le plus rapidement possible. Lors de l'examen microscopique, on se souviendra que le trouble du liquide rachidien peut être causé par des poussières ainsi que par les produits de la bactérie de la septicémie ou encore par quelques gouttes de sang,

tandis que le trouble du liquide dans la méningite est provoqué par l'exsudation cellulaire; c'est un trouble diffus et très finement divisé.

CART.

SEEGELKEN. Lumbalpunction als therapeutischer Eingriff, etc. (Ponction lombaire employée dans un but thérapeutique contre l'encéphalopathie saturnine) (*Münch. med. Woch., p. 1161, 26 nov. 1896*).

Individu de 20 ans, saturnin chronique, est pris subitement d'accidents d'encéphalopathie consistant en contractures, secousses cloniques d'abord dans la face puis dans tout le corps. Puis vient un coma profond. On fait la ponction lombaire et on retire 60 grammes de liquide. La pression de 310 millimètres au début tombe à 80. Le coma se dissipe dans le courant de la journée et au bout de 36 heures, l'état normal revint complètement. Au bout de plusieurs semaines, absence de nouvelles manifestations cérébrales. C. LUZET.

STRAUS. Die Diagnostische Bedeutung der Punction des Wirbelkanals (Importance diagnostique de la ponction du canal vertébral) (*Deutsche Archiv f. klin. Med., LVII, p. 328*).

L'auteur rassemble 12 cas dans lesquels la ponction lombaire a été faite. Des conclusions fort importantes au point de vue diagnostique ont pu être tirées des circonstances de pression cérébrospinale, de teneur en albumine, de couleur et de quantité observées dans le liquide, ainsi que des microorganismes qu'on a pu en cultiver.

L'auteur n'hésite pas à assigner à la ponction lombaire un rang important dans les procédés de diagnostic des maladies du système nerveux central et de ses enveloppes, d'autant plus que dans aucun cas cette ponction n'a eu de suites fâcheuses constatables. C. LUZET.

FERNET. Lymphadénome du médiastin avec compression de la veine cave supérieure traité par les injections interstitielles de naphtol camphré (*Soc. méd. des hôp., 11 déc. 1896*).

Un homme est opéré en 1886 d'un lympho-sarcome du testicule. En 1890, il entre à l'hôpital pour un état d'oppression habituelle avec crises de dyspnée terribles; la moitié supérieure du corps est œdématiée et cyanosée, les veines très distendues, et l'examen physique montre qu'il existe une grosse tumeur dans le médiastin; au cou se voyaient de gros ganglions. Fernet fit en un mois une dizaine d'injections d'une demi-seringue de naphtol camphré. Le malade guérit complètement et la rechute ne survint qu'en 1896, s'accompagnant des mêmes accidents. Fernet eut recours au même traitement et nota bientôt une certaine amélioration. H. L.

YARROW. Eucain in minor surgery (*Med. Record, 9 janv. 1897*).

Y. recommande en petite chirurgie l'emploi de l'eucaïne qui a sur la cocaïne l'avantage de pouvoir être stérilisée par ébullition sans rien perdre de sa propriété anesthésiante. CART.

A.-G. KOULABKO-KORETZKI. L'airol comme objet de pansements (*Vratch, n° 36, 1896*).

L'airol, comme tout objet de pansement, peut se souiller et transporter les germes d'infection. Il faut donc le stériliser au préalable. Or, cette substance supporte 100° C. sans se décomposer, si on remplit le flacon complètement et si on bouche à l'émeri ; en présence des vapeurs, elle se décompose. Son avantage sur l'iodoforme est d'être exempte d'odeur. Même à des fortes doses, après des grandes opérations, après laparotomie, l'airol ne provoque aucun accident grave. Cet agent diminue les sécrétions des plaies, il les sèche et favorise ainsi la première intention dans les plaies à sutures. Il est inappréciable dans les brûlures étendues. En émulsion glycérinée (2 gr. d'airol sur 5 gr. d'eau et 15 gr. de glycérine), l'airol supprime rapidement les suppurations urétrales et vésicales; il agit de même dans la conjonctivite blennorragique. Dans l'urétrite blennorragique, il ne tarit pas seulement la sécrétion, il calme encore la douleur. H. FRENKEL.

B. CREDÉ. Silber und Silbersalze als antiseptisca..... (*XXV° Congrès de la Société allem. de chirurgie*).

Avec Beier, Credé a fait des expériences qui lui ont appris que l'argent métallique appliqué sur des plaies aseptiques stériles reste inaltérable et n'est nullement irritant. Dès que la plaie n'est plus aseptique ni stérile, au contraire, l'argent métallique entre en combinaison avec un produit de la décomposition du suc des tissus animaux par les microorganismes et ce composé argentique possède des propriétés antiseptiques tout à fait remarquables. Ainsi, sur une plaie infectée, l'argent métallique aseptique donne spontanément lieu à la formation d'un agent antiseptique. Credé et Beier ont reconnu qu'il s'agissait de lactate d'argent. Credé l'a fait préparer à l'état pur, sous le nom d'actol, et l'emploie à l'état liquide ou pulvérulent pour panser les plaies.

L'actol est une poudre blanche, inodore, presque insipide, se conservant indéfiniment dans un flacon brun, soluble dans 15 parties d'eau ou liquides albumineux ; sans être caustique, l'actol occasionne une sensation de brûlure, dont la durée varie de quelques minutes à plusieurs heures, sur les plaies en voie de se téterger. En 5 minutes, une solution aqueuse d'actol au millième tue streptocoques, staphylocoques, bactéridies, etc. ; en solution à 1 p. 80000, l'actol s'oppose au développement des microorganismes dans le sérum sanguin, tandis que, pour produire le même effet, la liqueur de sublimé doit être quatre fois plus concentrée.

Dans deux cas désespérés de charbon et cinq cas d'érysipèle grave, Cr. a jugulé les phénomènes morbides par des injections hypodermiques d'une solution d'actol. Il compte étendre ces essais à l'infection purulente, à la fièvre puerpérale et à la diphtérie. Ces injections sont douloureuses et nécessitent l'emploi de la cocaïne ou de l'anesthésie.

Credé a également expérimenté huit autres composés d'argent moins solubles que le lactate. C'est le citrate qui s'est montré le meilleur antiseptique. Il se prescrit sous forme d'une poudre blanche, fine, légère, ino-

dore et presque sans saveur, moins soluble que le lactate (1/4000), mais tuant cependant toutes les bactéries en 10 minutes. Son emploi topique est complètement indolore. Sous le nom d'itrol, depuis 7 mois, Cr. a eu recours au citrate d'argent chez plus de 1,400 malades, avec le plus grand profit, renonçant entièrement à l'iodoforme.

Bien plus, partout où les fils d'argent ne sont pas applicables, il fait les sutures avec des fils de soie ou de catgut argentés et a argenté aussi les drains de caoutchouc. J. B.

STONE. Report of a case of malignant uterine tumor treated by the toxins of erysipelas and bacillus prodigiosus (*Med. Record, 21 nov. 1896*).

Cliniquement, ce cas, concernant une femme de 42 ans, se présentait comme une tumeur maligne du col de l'utérus; histologiquement, les examens ne concordèrent pas, les diagnostics de sarcome à cellules fusiformes et d'épithéliome ayant été portés. Le traitement de Coley par les toxines ci-dessus fut institué alors que la malade ayant subi l'ablation du col et un curetage, était dans un état de cachexie voisin de la mort. Cependant, le résultat du traitement fut excellent, car la malade reprit ses occupations. S. signale, dans ce cas, l'atrophie de l'utérus. CART.

WARREN. Case of sarcoma of the neck treated by the Coley antitoxine (*Boston med. surg. Journ., 31 déc. 1896*).

Homme de 45 ans, atteint d'une tumeur de la région sterno-mastoïdienne sous-maxillaire droite, dont on pratique l'ablation. Examen microscopique : sarcome à petites cellules rondes. Prompte récidive. On institue alors le traitement par l'antitoxine de Coley, dont on pratique, dans l'espace de 4 mois, 19 injections profondément à droite dans les régions du cou et de l'épaule. Le malade, revu deux mois après la cessation du traitement, semble en bonne santé. CART.

HYGIÈNE.

VINCENT et BUROT. Statistique médicale de la flotte (*Arch. de méd. navale, p. 1, janv. 1897*).

Pour établir cette statistique, les auteurs se sont adressés à la *matricule :* chaque marin en arrivant au service, était immatriculé au lieu de son incorporation; ils ont ainsi dressé une statistique obituaire pour les années 1891, 92, 93, 94 et 1895.

Sur un effectif total de 54,997 hommes provenant de l'engagement volontaire, il y a eu 567 décès, soit 10.3 pour 1,000.

Sur un effectif total de 143,376 inscrits, il y a eu 1,686 décès, soit 11.72 pour 1,000.

Les engagés et les inscrits forment un total de 198,313 hommes avec 2,253 décès, soit 11.3 pour 1,000.

Sur 1,000 décès de causes connues, on compte :

Tuberculose, 258 cas (le quart des décès); fièvre typhoïde, 147 cas; le paludisme, 83 cas; la diarrhée et la dysenterie chronique, 66 cas; les autres endémies des pays chauds, 27 cas; noyés ou disparus en mer, 96 (un dixième des décès); les accidents, 60 cas; les suicides, 12 cas (la statistique de l'armée donne 55 suicides pour 1,000 décès); maladies diverses, 251 cas.

La plus forte mortalité se manifeste de 20 à 22 ans ; la fièvre typhoïde fait le plus de victimes à 22 ans, puis à 21 et 23 ans; la tuberculose frappe tous les âges, mais elle se déclare surtout dès la première année, à 21 ans.

Le coefficient de la morbidité se traduit par le même chiffre que celui de la mortalité par 11. Sur 1,000 hommes, il y aurait 1,100 malades par an.

La mortalité des officiers donne une proportion de 31 décès sur 2,799 présents, soit 11 pour 1,000. Cette moyenne annuelle se décompose ainsi : officiers de marine 9.8 décès pour 1,000 présents; mécaniciens 7.6; commissaires, 10.4; médecins et pharmaciens, 16 pour 1,000. Cette mortalité excessive dans le corps de santé s'explique par le séjour aux colonies des médecins et pharmaciens. P. MAUBRAC.

H. SURMONT et F. PRÉDHOMME. La phtisie pulmonaire à Lille (*Revue d'hyg., XVIII. p. 591*).

Statistique embrassant les 22 années écoulées de 1874 à 1895. Durant cette période, la mortalité générale moyenne à Lille a été de 265,84 par 10.000 habitants, avec maximum de 314,2 en 1876 et minimum de 223.97 en 1894. C'est une mortalité encore élevée, bien que, depuis 1881, elle tende légèrement à s'abaisser. Pendant le même laps de temps, la mortalité par phtisie pulmonaire à Lille a été de 38,99 pour 1,000 habitants, chiffre notablement inférieur à celui de Paris (46); le maximum de 49,94 correspond à 1876 et le minimum de 25,73 à 1894. Depuis 1884, contrairement à ce qu'on observe à Paris où la situation reste à peu près stationnaire, la mortalité par phtisie pulmonaire diminue à Lille d'une façon régulière.

Les oscillations annuelles de la mortalité phtisique sont indépendantes de celles de la mortalité générale. Le maximum de décès phtisiques à Lille a lieu en mars; le chiffre s'en maintient encore très élevé dans les deux mois suivants, ensuite baisse brusquement de juin à août, pour remonter d'abord faiblement en septembre, puis rapidement en octobre où il est le même qu'en mai. Relativement à la population vivante aux âges correspondants, c'est de 30 à 40 ans, puis de 40 à 50 ans que la phtisie pulmonaire fait le plus de victimes à Lille. J. B.

MORAX. La scarlatine dans le canton de Vaud (*Revue méd. Suisse romande, XVI, p. 362*).

La scarlatine n'est endémique dans le canton de Vaud qu'à Lausanne. L'étude de sa répartition dans les divers districts montre que l'altitude

et la position géographique n'ont aucune influence. Si l'on envisage sa fréquence dans les différents mois, pendant un espace de 8 ans on constate que le maximum des cas s'observe en février (145 sur 1.000), puis en janvier et décembre (125), mars (122), mai (105), avril (91), juin (74), novembre (63), septembre (50), octobre (42), août (31) et enfin le minimum en juillet (27). Elle est tout à fait bénigne, car la mortalité hospitalière n'est que de 5 0/0. Dans le canton de Vaud, sur 1.000 décès de toutes causes, 6,4 sont dus à la scarlatine et 8 en Suisse. Le canton perd annuellement, sur 100.000 habitants, 13 personnes par scarlatine, et la Suisse 17,3. Il en est pour la scarlatine, comme pour les autres maladies contagieuses, à l'exception de la rougeole; elle est moins fréquente que dans les autres cantons.

Sur les 87.000 décès survenus de 1877 à 1893 dans le canton de Vaud, il y en a eu 16.607 produits par des maladies zymotiques: 7.637 par la phtisie, 4.378 par l'entérite infantile, 1.448 par la diphtérie, 663 par la coqueluche, 657 par la rougeole, 636 par la fièvre typhoïde, 560 par la scarlatine, 350 par la fièvre puerpérale, 219 par l'érysipèle et 59 par la variole. La loi sanitaire de 1886 impose la déclaration des cas de scarlatine par les médecins et la désinfection des chambres de malades. Un arrêté de septembre 1891 impose également la déclaration aux parents dont les enfants fréquentent les écoles. J. B.

I. — PROUST. Rapport général sur les cas de rage humaine observés dans le département de la Seine, pendant les années 1894 et 1895 (*C. R. Cons. salubr. Seine, II, p. 275*).

II. — MORAX. Mesures d'hygiène préventive contre les chiens (*Revue méd. Suisse romande, XVI, p. 662*).

I. — En 1894, ont succombé à la rage 1 homme habitant le déparement de la Seine et 5 étrangers traités à l'Institut Pasteur. En 1895, il n'y a eu également qu'un décès dû à la rage parmi les habitants du département; il s'agissait d'un homme qui n'avait pas été traité à l'Institut et 3 décès d'étrangers.

En 1894, 1.059 morsures d'animaux à l'homme ont été dénoncées à la Préfecture de police: 975 par le chien, 15 par le chat, 67 par le cheval, 1 par le zèbre, et 1 par le singe; 435 chiens et 47 chats ont été abattus après avoir été mordus par des animaux enragés ou avoir été en contact avec eux; 6.699 chiens errants ont été conduits à la fourrière, dont 13 enragés; 6.249 d'entre eux ont été sacrifiés. En 1895, 1.285 morsures d'animaux à l'homme ont été dénoncées: 1.108 par le chien, 35 par le chat, 140 par le cheval, 1 par l'âne, 1 par le singe; 499 cas de rage ont été constatés sur des animaux ayant mordu ou non. Le nombre des personnes mordues par les animaux enragés a été de 143, dont 94 à Paris et 49 dans la banlieue. 518 animaux ont été abattus après avoir été mordus par des enragés ou s'être trouvés en contact avec eux: à Paris, 307 chiens et 30 chats; dans la banlieue, 172 chiens et 9 chats. 5.519 chiens ont été conduits à la fourrière sur lesquels on en a sacrifié 5.237.

II. — De 1877 à 1894, il y a eu, en Suisse, 12 cas de rage humaine dont 3 dans le canton de Vaud. De 1838 à 1877, les médecins vaudois en

avaient observé 15 cas. Depuis 1851 les vétérinaires n'ont constaté qu'une vingtaine de cas d'animaux enragés dans le canton.

Tous les médecins et vétérinaires du canton ont été priés de donner leur opinion sur les avantages ou les inconvénients de la muselière. Sur 103 médecins, 51 sont pour le musellement continu, 52 contre la muselière; sur les 28 vétérinaires, 18 sont contre et 10 pour le musellement continu. J. B.

Reports and Papers on Cholera in England in 1893..... presented to Parliament..... (*London*, *1894*).

En 1892, dans l'espace compris entre le 25 août et le 18 octobre, le choléra a été importé 35 fois en Angleterre sans y donner lieu à aucun foyer. En 1893, des 13 importations de cette maladie effectuées du 25 juin au 1er octobre par des bateaux provenant de ports français ou russes, 2 seulement ont été le point de départ de cas secondaires. Il y a eu en tout 64 localités plus ou moins atteintes, parmi lesquelles 42 n'ont offert qu'un seul cas et 5 ont présenté plus de 10 cas. Le nombre total des cas de choléra s'est élevé pour l'Angleterre, en 1893, à 287, dont 135 suivis de décès.

Le 2 août, le choléra était apporté à Grimsby, à l'embouchure de l'Humber, par un navire d'Anvers. La ville, peuplée de 54,000 habitants, et sa banlieue, ont compté 134 cas avec 35 morts, tandis que Hull, ville de 208,000 habitants, située en amont, sur l'autre rive de l'Humber, en comptait 17 cas. De ces deux villes, le choléra s'est étendu en éventail sur la côte occidentale de l'Angleterre. A Ashbourne (Derbyshire), une auberge pour vagabonds occupée par 39 personnes a fourni 15 cholériques dont 9 ont succombé. En dehors de cette épidémie partie de l'embouchure de l'Humber, il n'y a eu de foyer un peu important de la maladie qu'à Londres (17 cas).

Voici la statistique des décès par choléra dans les épidémies anglaises antérieures : en 1848, 1,908 cas; en 1849, 53,293; en 1853, 4,419; en 1854, 20,027; en 1865, 1,297; en 1866, 14,378; en 1893, 135. J. B.

S. ARLOING. Innocuité du pain pendant une épidémie de fièvre typhoïde d'origine hydrique (*Lyon méd.*, *21 fév. 1897*).

Dans une petite épidémie de fièvre typhoïde à Lyon, on avait émis l'idée que la transmission s'était faite par le pain préparé avec une eau contaminée. A. montre l'inanité de cette hypothèse ; le bacille typhique meurt à 60°. Or, on sait que la température du four atteint 200° et que la partie centrale du pain atteint, pendant la cuisson, 110°. Dans une série d'expériences, des cultures riches placées dans des pipettes étaient introduites dans des pains laissés au four de 15 minutes à 1 heure; toutes les cultures étaient stériles. On peut donc affirmer que, fût-il préparé avec une eau contenant le bacille d'Eberth, le pain ne risque pas de propager la fièvre typhoïde. A. CARTAZ.

L. THOINOT et H. DUBIEF. Les eaux de la vallée de la Vanne et la fièvre typhoïde à Paris, en 1894 (*Annales d'hyg., 3e série XXXV, juin 1896*).

C'est la première épidémie parisienne de fièvre typhoïde pour laquelle on ait à incriminer, non les eaux de rivière, mais celles de sources. Elle a régné de février à mai 1894, causant 454 décès et donnant lieu à 1,116 entrées dans les hôpitaux. Elle a sévi particulièrement dans les quartiers, riches ou pauvres, alimentés par la Vanne. Simultanément, la fièvre typhoïde devenait épidémique à Sens (30 cas, dont 8 morts sur 12,000 habitants) dans les quartiers desservis par la même eau de source qu'à Paris. Comme prophylaxie, il faudrait éliminer de l'aqueduc collecteur les eaux superficielles drainées sur son parcours. J. B.

MUDLER. Ueber den Einfluss des Radfahrens auf die Nieren (Influence du cyclisme sur les reins) (*Münch. med. Woch., p. 1181, 1896*).

Chez 8 cyclistes sur 11 (72 0/0), l'auteur a trouvé de l'albuminurie et chez 7 sur 12 (58 0/0) de grandes quantités de cylindres de toutes sortes et d'épithéliomes rénaux. Chez 2 (16 0/0), on trouvait de petites quantités de cylindres simplement hyalins avec albuminurie. Dans 1 cas il y avait des cylindres de toutes sortes et des cellules épithéliales sans albumine. Chez 2 seulement l'urine était entièrement normale. C. LUZET.

Th. CHRISTEN. Untersuchungen über die Dauer des Sterilisationsprocesses im gespannten Dampf bei gegebenen fixen Temperaturen (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 17, p. 543, 1er sept. 1896, et Berlin. klin. Woch., n° 43, p. 964, 26 oct. 1896*).

Un reproche qu'on peut adresser à presque toutes les expériences instituées pour contrôler la valeur de la désinfection par la vapeur circulante ou sous tension, c'est que les objets servant aux épreuves sont soumis, pendant plus ou moins de temps, à une série de températures moindres, mais pouvant être déjà plus ou moins efficaces, avant d'être exposés à la température terminale qui est seule considérée quant aux résultats. Afin d'éviter cette cause d'erreur, Christen n'introduit, dans son appareil stérilisateur autoclave, les spores de la terre de jardin et celles du bacille rouge de la pomme de terre que lorsque le degré voulu de température est atteint et il ne les y laisse que pendant un temps déterminé. Il a obtenu ainsi des résultats intéressants pour la stérilisation chirurgicale. Un certain nombre de spores de la terre résistent à 16 heures d'exposition à un courant de vapeur à 100°. A partir de 120°, le pouvoir désinfectant de la vapeur sous tension éprouve un brusque accroissement, de sorte qu'entre 120 et 135° très peu de spores résistent plus de cinq minutes. A 140°, aucun microorganisme ne supporte même une minute les effets de la vapeur sous tension. J. B.

Henry KENWOOD. The desinfection of rooms by sulphurous acid gaz (*Brit. med. Journ., p. 439, 22 août 1896*).

Voici les conclusions de l'auteur. L'acide sulfureux gazeux constitue le meilleur et le plus simple des désinfectants pour les appartements. Les

expériences ont été faites sur le bacille de Lœffler. Les cultures de ce bacille sont tuées quand l'atmosphère contient 1/2 0/0 d'acide sulfureux; elles sont douées d'une très faible vitalité avec 1/4 0/0 du gaz sulfureux. L'opération dure en moyenne 3 à 4 heures.

L'auteur préfère ce procédé aux pulvérisations de sublimé usitées en France et aux badigeonnages à la mie de pain préconisés en Allemagne.

H. R.

BOSC et BATAILLÉ. De la désinfection pratique par le formol; action physiologique de ce dernier (*Bull. méd.*, *26 août 1896*).

Les vapeurs de formol à saturation sont un agent puissant de désinfection.

En injections veineuses, le formol est très toxique et il agit surtout sur le sang et l'appareil respiratoire; les applications de solutions, même étendues, de formol sur les tissus avivés produisent une inflammation et une nécrose rapide et étendue.

Les vapeurs de formol à saturation ne sont réellement nuisibles que lorsque leur action a été prolongée un temps très long; dans la pratique de la désinfection, elles sont dépourvues de tout danger. LEFLAIVE.

L. VAILLARD et LEMOINE. De la désinfection par les vapeurs de formaldéhyde (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *X*, *p. 481*, *sept. 1896*).

L'aldéhyde formique est un désinfectant dont les effets paraissent incomparablement supérieurs à ceux du sublimé employé en pulvérisation. Son action se manifeste non seulement sur les bactéries dénuées de protection, mais aussi sur les bactéries incluses dans une mince couche de matière albumineuse; très efficace lorsqu'elle s'exerce sur la forme mycélienne des microbes, elle est, par contre, inconstante ou plus souvent nulle à l'égard des spores. Pour être sûrement actives, les vapeurs de formol doivent être dégagées rapidement et en grande quantité. Désinfectant gazeux, le formol présente par cela même de grands avantages au point de vue de la purification des locaux, mais il se polymérise rapidement et se transforme alors en un corps inerte. Aussi doit-il être considéré comme un désinfectant de surfaces, n'agissant que sur les souillures superficielles librement exposées au contact des vapeurs. Les résultats négatifs obtenus avec les poussières non pas profondes mais voisines de la surface, avec les contenus des matelas et les objets imprégnés de matières fécales démontrent qu'il peut suffire d'une faible couche isolatrice pour annihiler les effets de l'antiseptique. Des souillures abritées dans un pli d'étoffe ne sont pas stérilisées. PAUL TISSIER.

I. — OSTERTAG. Ueber die Verwerthung des Fleisches finniger Rinder (*Zeitsch. f. Fleisch.-und Milch. Hyg.*, *VI*).

II. — REISSMANN. Même sujet (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *n° 16*, *p. 794*).

I. — Ostertag estime injuste la coutume de la plupart des abattoirs prussiens de ne vendre que cuite la viande de bœuf ladre; il y a lieu de

rechercher s'il ne serait pas possible d'imaginer une mesure moins rigoureuse. Sous le rapport de la nocuité, en effet, on ne saurait mettre la viande de bœuf ladre sur le même pied que la viande de porc ladre.

Pour rendre inoffensives les viandes ladres, il suffit, d'après les expériences de Perroncito comme d'Ostertag de les saler, d'autant plus qu'il est indispensable ensuite de les cuire pour les pouvoir consommer : un salage de 14 jours tue tous les cysticerques d'un morceau de viande ayant 6 centimètres d'épaisseur. Ostertag s'est assuré qu'un séjour de 3 semaines dans la glacière donne le même résultat. L'important est d'empêcher les bouchers et les aubergistes de se faire acheteurs de la viande ladre qui ne doit être livrée qu'aux consommateurs eux-mêmes.

II. — Reissmann donne son approbation aux propositions d'Ostertag qui concilient parfaitement les exigences de l'hygiène publique et les intérêts économiques. Il fait remarquer toutefois qu'on ne sale d'ordinaire que les morceaux bien entrelardés et doute fort que le salage appliqué indistinctement à toute la viande d'un animal la rende plus vendable que la cuisson. La conservation prolongée dans la glace lui semble mériter la préférence sous ce rapport. D'autre part il conteste, probablement pour toutes les grandes villes mais sûrement pour Berlin, que la viande de bœuf cuite ne trouve pas d'acheteurs. J. B.

I. — P. GERHARD. Vorschriften über Hausentwässerungsanlagen in Brooklyn-New-York (*Deutsche Bauzeitg. in Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 24*, *p. 1141*).

II. — Avis du Conseil supérieur d'hygiène de Belgique sur le remblai des bas-fonds par les détritus ménagers (*Mouvem. hygiénique*, *XI*, *p. 548*).

III. — Chr. NUSSBAUM. Feuchte Wohnungen, ihr Entstehen und ihre Abhülfe (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *n°s 11 et 12*, *1er et 15 juill. 1896*).

IV. — Emil GOTSCHLICH. Die hygienische Bedeutung des Hausschwammes (*Zeitschrift f. Hyg.*, *XX*).

I. — Le nouveau règlement sur la police des constructions à Brooklyn (New-York) contient un ensemble de dispositions intéressant l'hygiène. En même temps que les plans de construction ou de reconstruction d'une maison, doit être transmis à l'autorité municipale, le plan détaillé de la canalisation de départ des eaux; les travaux ne peuvent commencer avant l'approbation des installations. Toutes les parties de la canalisation doivent rester visibles jusqu'à leur réception par l'autorité. Avant d'y adapter les vidoirs, les tuyaux de départ seront soumis à l'épreuve par pression hydrostatique; une fois les travaux achevés, l'épreuve sera renouvelée avec de la fumée. Les tuyaux de poterie posés en terre doivent être distants de 3 mètres des murs de la maison et du puits; il est défendu d'en poser dans les terrains meubles rapportés. Il est interdit d'installer des éviers non surmontés d'une conduite d'amenée d'eau, ainsi que de raccorder des coffres à glace avec les tuyaux de départ; les tuyaux de vidange de ces glacières doivent déboucher à part de la canalisation. Les revêtements en bois des sièges de cabinets d'aisances sont prohibés.

II. — La commune d'Ixelles, partie de l'agglomération bruxelloise, étudie les moyens de détruire ses immondices par le feu; en attendant

une solution satisfaisante, elle en fait l'épandage pour remblayer des terrains, sur la demande des propriétaires, ce qui excite les plaintes des voisins. Le ministre a, en conséquence, demandé au Conseil supérieur d'hygiène de Belgique, si le comblement des bas-fonds à l'aide d'ordures ménagères et de balayures des rues constitue un dépôt d'immondices au sens de l'arrêté royal du 29 janvier 1893 sur la police des établissements classés.

Dans sa réponse, le Conseil fait remarquer qu'il existe des différences considérables entre le dépôt d'immondices proprement dit et le remblai de bas-fonds avec les résidus ménagers et les boues des rues. Le premier est formé de couches superposées, accumulées sans interposition de matières absorbantes, atteignant parfois une hauteur de plusieurs mètres, parce qu'il importe d'y affecter le moins de terrain possible, présentant cinq surfaces d'évaporation et d'exposition à tous les vents, et laissant un libre passage aux produits de la décomposition des matières organiques renfermées dans les déchets et les boues; les couches intérieures fermentent activement, la masse s'échauffe parce qu'elle n'est pas refroidie par l'air ambiant qui n'y pénètre que difficilement, et les émanations se produisent abondantes et fétides au point d'incommoder sérieusement le voisinage.

Le comblement des bas-fonds s'opère tout autrement. Les immondices sont répandues sur de larges surfaces au fur et à mesure de leur arrivée; souvent elles sont recouvertes de chaux qui active la décomposition et de terre végétale qui en absorbe les produits. L'air a libre accès dans cette masse poreuse, la refroidit et concourt efficacement à la destruction des matières organiques. Le comblement des bas-fonds ne présente donc pas pour le voisinage des inconvénients aussi graves que les dépôts d'immondices, et les terrains ainsi remblayés n'offrent aucun danger lorsqu'ils ne sont pas destinés à être bâtis. Mais il n'en est pas de même quand, par leur situation, on peut penser qu'on y élévera des habitations, car il est à craindre que la pluie, tombant sur ces terrains meubles, n'entraîne dans la nappe aquifère souterraine les produits solubles de la décomposition des matières existant dans les boues et immondices; en outre, on peut redouter que les gaz résultant de la fermentation lente s'insinuent dans les fondations, s'accumulent dans les caves et les milieux habités.

III. — Intéressant travail dans lequel Nussbaum expose les causes d'humidité des habitations et les moyens d'y remédier. Ces causes sont de nature très diverse et pas toujours aisées à déceler parce que leurs phénomènes peuvent se ressembler.

IV. — Depuis le commencement du siècle, la littérature médicale ne contient que quatre observations de troubles de la santé imputés au merulius lacrymans. Cette rareté de faits au passif de ce cryptogame contrastant avec son extrême diffusion est déjà un indice qu'on l'a accusé à tort. D'ailleurs les faits rapportés ne sont nullement démonstratifs, car les phénomènes morbides des différents cas ne concordent pas. Lorsqu'on les étudie de près, on voit qu'il s'agit de coïncidences fortuites de la diphtérie, de la fièvre typhoïde ou des catarrhes conjonctivaux et respiratoires avec la présence du merulius lacrymans dans la même maison.

Gotschlich a expérimenté sur des souris, des cobayes, des lapins et des chiens. Un séjour prolongé au contact du merulius lacrymans frais ou putréfié n'a jamais entraîné d'effets fâcheux, même quand les spores étaient très nombreuses. Il en a été de même de l'ingestion, de l'inhalation de spores, de l'introduction sous la peau ou dans la cavité abdominale d'extraits aqueux et de l'introduction des spores dans les voies circulatoires. Une action irritante sur la muqueuse conjonctivale ne s'est jamais montrée. Enfin, comme Hertig, G. a avalé, sans accidents, des fragments de merulius lacrymans gros comme des noisettes. Sur milieux artificiels, les cultures ne lui ont pas réussi et il n'a vu qu'une fois la germination des spores. Mais en maintenant des morceaux de bois chargés de ces végétations cryptogamiques à différents degrés de température, il a constaté leur développement à 12° et à 22°, tandis qu'à partir de 30° la diminution en était rapide et la mort prompte. G. en infère que la toxicité du merulius lacrymans n'est pas plus réelle que son existence parasitaire dans le corps animal et que si le merulius lacrymans est très dangereux pour le bois, il est complétement inoffensif pour l'homme, en n'oubliant pas cependant que l'humidité des parois et de l'atmosphère liée à son développement n'est pas sans influence sur la santé (*R. S. M.*, XI, 502).

J. B.

I. — MOELLER. Le chauffage au pétrole (*Mouvem. hygiénique, XI, p. 255*).

II. — E. RICHARD. Le chauffage et la ventilation par l'électricité (*Revue d'hyg., XVIII, n° 4, p. 355, avril 1896*).

I. — Depuis un an, on constate, à Bruxelles, la vogue toujours croissante d'un système de chauffage très commode et économique, mais peu hygiénique. Il s'agit de grandes lampes à pétrole, à mèches très considérables et dont la flamme est entourée d'un verre rouge. Leur pouvoir calorifique est accrû par deux dispositifs différents. L'un, le plus mauvais, est une enveloppe en tôle; l'autre, plus répandu, est un trépied supportant, à une hauteur de cinquante centimètres, un plateau creux en tôle qui sert à emmagasiner la chaleur et à augmenter la surface de chauffe, en même temps qu'on peut l'utiliser pour élever la température de liquides, eau, tisanes, etc. Ces lampes calorifères sont employées dans les cabinets de toilette, les chambres à coucher, les chambres d'enfants, les bureaux. Outre l'économie, on a l'avantage de n'allumer la lampe qu'au moment où l'on désire avoir une source de chaleur. Les inconvénients, multiples sont: 1° l'impossibilité de régler l'appareil, on ne peut ni élever ni abaisser la mèche ; 2° l'absence de production d'un mouvement d'air, d'où inégale répartition de la température dans la pièce; 3° la viciation de l'atmosphère par les produits de combustion; 4° les dangers d'incendie et d'explosion. Mœller conclut que les lampes-calorifères à pétrole sont bonnes pour les cabinets de toilette et dans les pièces où l'on ne séjourne que très passagèrement, mais qu'elles doivent être exclues de toutes celles où l'on fait un séjour prolongé.

II. — La construction des appareils de chauffage électrique est basée sur le principe que dans un circuit la chaleur produite est proportionnelle à la diminution de tension que subit le courant à travers le circuit. Il

suffit donc, dans un circuit métallique, de diminuer le diamètre du fil sur une certaine longueur pour que cette portion plus mince s'échauffe et devienne même incandescente. Mais un fil de métal quelconque rendu ainsi incandescent serait rapidement oxydé, c'est-à-dire brûlé au contact de l'air; il importe donc, pour le rendre durable, de le mettre à l'abri de l'atmosphère et on y est parvenu en le noyant dans un émail d'une composition spéciale. Les fils dont on se sert sont en ferro-nickel; les surfaces de chauffe sont en fonte et ont une forme variable suivant leur destination. La surface de chauffe est d'abord revêtue d'une première couche d'émail sur laquelle on applique le fil métallique qui décrit des sinuosités très rapprochées et dont les deux bouts portent un dispositif servant à les introduire dans un circuit électrique. Par-dessus, on applique une seconde et parfois une troisième couche d'émail. Lorsqu'on fait passer un courant dans le fil, il s'échauffe et la chaleur dégagée se répand lentement par conductibilité jusqu'à la plaque de fonte qui s'échauffe à son tour. L'électricité est utilisée presque en totalité pour produire de la chaleur et la déperdition n'est, d'après A. Herzberg, (Das Heizen und Kochen miltelst des elektrischen Stroms, *Gesundh. Ingen*, 1896, n° 2) que de 3 1/2 0/0.

Pour le chauffage des appartements, on fabrique des plaques murales, des radiateurs et des poêles. Pour les radiateurs, on les dispose à la hauteur de $1^{m},50$ du parquet et en ceinture autour de la pièce. La dépense d'électricité est considérable; l'hiver dernier qui a été très doux, une pièce de 60 mètres cubes chauffée par un radiateur consommait 44 centimes par heure.

D'une façon générale, le chauffage électrique n'est économique actuellement que dans les endroits où l'électricité est produite par des chutes d'eau. J. B.

I. — Uno COLLAN. Ueber die Bestimmung von schweliger Säure und Schwefelsäure in den Verbrennungsprodukten des Leuchtgases (*Zeitschr. f. anal. Chemie, XXXIV*).

II. — M. DENNSTEDT et C. AHRENS. Wie ist das Verhaeltniss der schwefeligen zur Schwefelsäure in den Verbrennungsprodukten des Leuchtgases (*Hyg. Rundsch., V, p. 944*).

III. — M. RUBNER. Die strahlende Wärme irdischer Lichtquellen in hygienischer Hinsicht (*Archiv f. Hyg., XXIII*).

IV. — SCHÜTT. Ueber künstliche Beleuchtung vom hygienischen Standpunkte (*Viertelj. f. gerichtl. Med., XII, p. 162, juill. 1896*).

I. — Les auteurs ne sont pas encore d'accord sur la question de savoir si le soufre, inévitablement produit dans la combustion du gaz de houille, est oxydé principalement à l'état d'acide sulfureux ou d'acide sulfurique. Tandis que Schilling, von Pettenkofer et Poleck inclinent vers la première manière de voir, la seconde est soutenue par Fischer, Young, Ulex, Lieben et autres. Collan a fait, dans le but d'élucider ce point, des expériences avec un bec de Bunsen, lumineux ou non, en se servant de l'appareil de Drehschmidt pour doser la totalité du soufre dans le gaz et en

faisant passer les produits de combustion à travers une solution d'acide chromique. L'acide sulfureux formé dans la flamme devait transformer, en passant, une partie de l'acide chromique en sulfate. En dosant le restant non décomposé d'acide chromique, on pouvait calculer la proportion d'acide sulfureux engendrée par le processus de combustion. Les résultats ont été que de 89 à 99 parties sur 100 de la teneur en soufre du gaz sont transformées en acide sulfureux pendant la combustion. Les résultats contraires des précédents expérimentateurs tiennent à une seule et même cause d'erreur dans les conditions d'expérimentation : pendant son absorption par les liqueurs alcalines employées, l'acide sulfureux était transformé en acide sulfurique et partant échappait au dosage direct.

II. — La quantité d'acide sulfurique produite dans la flamme même du gaz d'éclairage est relativement insignifiante ; elle est plus grande dans la flamme non éclairante que dans la flamme lumineuse, mais atteint au plus 6 0/0. Il n'en est plus de même dans une flamme fumeuse brûlant à l'air libre et répandant ses produits de combustion dans l'atmosphère ambiante où ils se trouvent sans cesse en contact avec de nouvel oxygène. L'oxydation de l'acide sulfureux en acide sulfurique est alors favorisée et elle est toujours terminée avant que l'acide sulfureux ait pu être entraîné par la ventilation naturelle. L'acide sulfurique ainsi formé reste presque entièrement dans le local et y développe ses fâcheux effets. De là, la nocuité très marquée du gaz d'éclairage riche en soufre et la nécessité indispensable de le fabriquer contenant le moins de soufre possible.

III. — Les personnes qui ont la peau de la face exposée de près au rayonnement d'une source lumineuse éprouvent la série régulière des phénomènes suivants : d'abord, un sentiment vague de chaleur, puis une impression de chaleur au niveau des yeux et de la racine du nez, ensuite une tension désagréable du front, enfin de l'ardeur des yeux avec larmoiement et de la sécheresse oculaire avec sensation d'extrême chaleur. Plus la température de l'atmosphère ambiante est élevée, plus le rayonnement calorique est mal supporté. Mais l'augmentation de la température du visage n'est pas aussi considérable qu'on le croirait d'après la sensation ressentie et elle ne suffit pas pour expliquer la gêne éprouvée. Ce qui gêne surtout, c'est l'inégale répartition du calorique ; en effet, la lumière solaire, quoique infiniment plus intense, ne provoque pas la sensation désagréable de l'éclairage artificiel parce que le soleil darde ses rayons sur presque tout le corps et non pas seulement sur la face. Pour un même pouvoir éclairant, les diverses sources de lumière ont un rayonnement de calorique très différent. Elles se rangent, dans l'ordre suivant, par rayonnement croissant : bec à incandescence d'Auer, lumière électrique à incandescence, bec de gaz ordinaire, bec Argand, bougies, lampes à pétrole.

Le rayonnement de chaleur par bougie métrique est d'autant plus grand que la lumière contient plus de rayons rouges et d'autant plus petit qu'elle renferme plus de rayons verts. La teinte de la lumière est ainsi le symbole de son effet calorifique : plus elle contient de rayons à courtes ondes, moins elle transmet de chaleur ; au point de vue hygiénique, on doit donc préférer la lumière verte ou bleue à la rouge. Il n'y a pas d'équivalent calorique unique de la lumière, c'est-à-dire qu'on ne peut indiquer un

nombre déterminé de calories correspondant à la clarté d'une bougie métrique.

L'utilisation de la force disponible en lumière dans les appareils d'éclairage est, d'une façon absolue, dérisoire d'insignifiance.

IV. — Intéressante étude de l'éclairage artificiel, envisagé sous le rapport sanitaire, que l'auteur résume ainsi : l'éclairage par bougies doit être rejeté. L'éclairage électrique est la méthode la plus parfaite pour produire la lumière artificielle. L'éclairage au gaz, bien que satisfaisant au point de vue de la vision, ne peut être admis d'une façon générale par les hygiénistes, vu les dangers qu'il offre. Si, par d'autres motifs, il est impossible d'y renoncer entièrement, l'emploi doit en être restreint aux vastes locaux publics, tandis que dans les maisons particulières, on l'évitera le plus possible.

L'éclairage au pétrole, perfectionné comme il l'est aujourd'hui, doit être préféré, dans les maisons particulières, au gaz avec lequel il peut au moins rivaliser pour les usages publics. J. B.

I. — **GUTTSTADT. Das Stuttgarter Schwimmbad** (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *p. 229*).

II. — **Bericht über die..... Gesundheitsanstalten in Nürnberg** (*Ibid.*, *p. 283*).

III. — **Adolf BAGINSKY. Ueber die Bassinbäder Berlins** (*Ibid.*, *p. 587*).

IV. — **O. DU MESNIL. Les bains-douches de la place Hébert** (*Annales d'hyg. publ.*, *3e série*, *XXXV*, *n° 6*, *p. 528*, *juin 1896*).

I. — Le bain pour nager de Stuttgart, qui a été fondé en 1889 par une Société d'utilité publique, est ouvert à toutes les classes sociales. Il comprend 2 piscines, de vastes salons de repos artistiquement décorés et très confortables, où l'on peut séjourner autant qu'on veut; un restaurant, et même un bain pour les chiens, des bains en baignoires et des bains de vapeur. L'eau des piscines est entièrement renouvelée chaque nuit. Le Conseil municipal cède l'eau à un peu moins de 9 centimes le mètre cube. En 1894, il y a eu 345,309 bains de piscines. Les différents bains ont rapporté 208,362 fr. 50 auxquels il faut ajouter les droits d'entrée perçus sur 5,000 personnes venues en simples curieux pour visiter l'établissement. Les ouvriers et les écoliers, sous la surveillance de leurs maîtres, sont admis dans les piscines au prix de 12 centimes et demi. Le chiffre des bains scolaires, qui n'était que de 14,201 en 1893, s'est élevé à 27,432 en 1894, dont un tiers pour les filles.

II. — Nuremberg possède 3 bains par aspersion pour les deux sexes, qui ont été fréquentés en 1894 par 159,536 personnes, et 7 bains semblables dans ses écoles; en 1894, ces derniers ont donné 140,496 douches à 7,442 enfants.

III. — L'attention de Baginsky s'est portée sur les conditions de salubrité des piscines de natation de Berlin, à la suite de singuliers troubles morbides survenus chez son jeune fils qui apprenait à nager dans l'un de ces établissements, en été 1895. Ce garçon, âgé de 8 ans, qui se plaignait de la mauvaise odeur de la piscine, fut pris de nausées, de vomissements, de lassitude, d'inappétence et d'un coryza sanieux profus qui persista pendant des semaines et fut à la période d'état pyosanguinolent; sommeil agité, fatigue intellectuelle; langue saburrale, puis diarrhée un

peu sanglante; fièvre qui, au bout d'un septénaire, diminua lentement et fut remplacée par un pouls très lent, très irrégulier et dicrote; le rétablissement fut très long. Pour Baginsky, il s'agit là d'une sorte d'infection ou d'intoxication putride, dont le virus contenu dans l'eau de la piscine a pénétré par les fosses nasales et est parvenu dans les voies digestives, faisant sentir ultérieurement son action sur le cœur.

Une enquête rapide auprès de quelques confrères lui apprit qu'à la même époque, des symptômes plus ou moins semblables s'étaient montrés chez un assez grand nombre d'élèves de divers établissements scolaires, qui tous fréquentaient soit la piscine ci-dessus, soit une autre piscine. Parmi les malades se trouvaient entr'autres les deux fils du Dr Schlesinger. Quelques-uns, au lieu du coryza, présentèrent comme manifestation locale, soit une otite purulente, soit de la conjonctivite. Chez tous, l'émaciation, l'anémie et la prostration étaient profondes. A la phase fébrile, peu prolongée, succédait une période de collapsus avec température au-dessous de la normale, petitesse et irrégularités du pouls, etc.; la convalescence était toujours fort longue.

A part les deux établissements municipaux et celui de la Société des Amis de l'Eau, les piscines berlinoises sont de création ancienne et laissent beaucoup à désirer, tant au point de vue de la clarté et de l'aération de la salle où se trouve le bassin de natation que de l'état de propreté des cabines où l'on se déshabille. Pendant les fortes chaleurs, il n'est pas rare d'y percevoir une odeur nauséabonde. Certains établissements ont une canalisation de retour qui leur permet de se servir indéfiniment de la même eau; bien qu'ils ne paraissent pas se laisser aller fréquemment à la tentation, il y a lieu de ne pas tolérer pareille disposition; Baginsky a prélevé un échantillon d'eau dans les 6 établissements. Les 3 provenant d'eau qui n'avait servi qu'un jour renfermaient de 116 à 120 grammes de matière organique par centimètre cube, et donnaient de 8,000 à 12,000 colonies microbiennes. Les deux échantillons d'eau ayant servi 2 jours avaient un aspect trouble, contenaient des traces d'ammoniaque et d'acide nitreux, de 120 à 200 grammes de substance organique, et fournissaient de 20 à 26,000 colonies microbiennes; ces 5 échantillons présentaient des microrganismes pathogènes pour les souris. Seul en était exempt le 6e, qui provenait d'eau servant depuis 3 jours, néanmoins encore assez claire, et ne renfermant que de faibles traces d'ammoniaque et d'acide nitreux, 240 grammes de matières organiques et 38,000 colonies par centimètre cube.

Au point de vue de la pollution de l'eau, il y a lieu de noter qu'en général les baigneurs ne sont admis dans la piscine qu'après avoir passé sous une douche en pluie et s'y être savonnés. Ce lavage préalable consomme à l'établissement de la Société des Amis de l'Eau 400 litres dont 76 d'eau tiède par personne. La piscine municipale du quartier du Moabit a eu 20,000 baigneurs dans l'exercice 1894-95, tandis que sa congénère du pont de Schilling en a compté, d'avril 1895 à mars 1896, 141,281 avec une moyenne quotidienne de 539 pendant l'été et de 280 pendant l'hiver.

Après avoir passé en revue les conditions d'hygiène que doivent remplir ces bains populaires, Baginsky conclut :

Pour les habitants des grandes villes qui n'ont pas à leur disposition

des bains en eau courante en nombre suffisant et commodément à leur portée, les piscines de natation sont une institution d'hygiène extrêmement importante. Elles doivent, pour cette raison, être soumises au contrôle permanent de la police sanitaire. Cette surveillance doit s'étendre à l'installation de l'établissement, à son état de propreté, notamment dans les locaux où l'on se savonne et où l'on se déshabille, à son aération, à la bonne qualité de l'eau du bassin, à son mode de renouvellement, au nettoyage régulier et complet de la piscine, enfin au degré de fréquentation quotidienne de l'établissement. Il est en outre du devoir des autorités sanitaires de faire procéder à des recherches scientifiques étendues, pour arriver à fixer les limites de tolérance, quant à l'utilisation de la même eau de bain.

II. — Du Mesnil décrit, avec figures, les bains municipaux par aspersion, qui ont été inaugurés le 26 avril 1896, place Hébert (XVIIIe arrondissement), dans un local où se trouvait déjà une piscine gratuite. Aménagés suivant le type de ceux de l'asile de Vincennes, ces bains-douches comprennent 32 cabines disposées des deux côtés d'un couloir central. Il y a en outre dans le bâtiment une lingerie, des cabinets d'aisance et urinoirs. Dorénavant, on devra passer par la douche avant d'être admis dans la piscine. J. B.

PROUST et A. MATHIEU. L'hygiène du goutteux (*In-18°, Paris, 1896*).

Sous ce titre modeste, Mathieu vient de faire paraître un excellent traité de la goutte, envisagée dans sa pathogénie, dans sa marche et dans ses formes cliniques. Pour éviter au goutteux le retour des crises, il faut en effet savoir, ou tout au moins chercher à élucider les causes de cette maladie constitutionnelle : c'est ce qu'a fait Mathieu dans un exposé succinct, clair et précis, des diverses théories émises pour expliquer l'état goutteux. On lira avec intérêt les chapitres où il discute le rôle de l'acide urique, son origine, les conditions de son accumulation dans l'organisme ou de sa non-élimination ; enfin, l'influence incontestable que le système nerveux exerce sur les manifestations goutteuses.

Croire, en effet, que toute la goutte se résume dans une question d'uricémie plus ou moins passagère, c'est aborder le problème par ses petits côtés.

Pour Mathieu, comme pour Bouchard, et toute l'école française moderne, il faut tenir compte des dispositions de famille et de race, qui confinent étroitement à l'histoire de l'arthritisme et des maladies familiales. C'est ainsi que l'auteur a pu tracer le tableau du candidat à la goutte d'après ces traits héréditaires, bien avant l'éclosion des premières manifestations articulaires.

L'hygiène proprement dite du goutteux est le corollaire de ces prémisses. Mathieu suit le candidat à la goutte dans les premières apparitions de l'arthritisme encore latent, puis dans les crises aiguës de la goutte franche ; enfin et surtout dans les complications rénales cardiaques et cérébrales de la diathèse. C'est le traitement complet de la maladie qui est ainsi passé en revue dans une centaine de pages.

A ces données thérapeutiques s'ajoutent les préceptes d'hygiène que nécessitent les états morbides associés à la goutte, tels que l'obésité, la

neurasthénie, la gravelle urinaire et biliaire, la dyspepsie, compagne si commune de l'état goutteux, l'albuminurie transitoire et permanente qui vient la compliquer, enfin, le diabète, dans ses formes intermittentes et généralement curables.

L'ouvrage se termine par un exposé judicieux des eaux minérales qui conviennent aux goutteux suivant les diverses phases de leur maladie et des aliments qui sont permis ou défendus pendant les crises, ainsi que dans l'intervalle des manifestations arthritiques.

Les médecins aussi bien que les gens du monde tireront un réel profit de ces pages, soigneusement documentées et d'une lecture attrayante.

H. R.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

HALLERVORDEN. Ueber anämische Sprachstörung (Sur des troubles du langage, d'origine anémique) (*Archiv f. Psychiatrie, XXVIII, 2, p. 544*).

Il s'agit d'un premier cas de dysphasie et dysarthrie transitoires, observé chez une robuste femme de 44 ans, qui venait d'avoir des hémorragies utérines très abondantes. Les troubles du langage s'étaient développés peu à peu, au moment où un traitement avait été institué contre les pertes. Une fois celles-ci arrêtées et une fois la malade remise de son anémie post-hémorragique, les troubles du langage s'étaient dissipés du même coup. L'auteur donne ensuite une relation concise de trois autres cas du même genre, dont un concerne un homme de 40 ans, chez lequel les troubles du langage étaient apparus à la suite d'une abondante hémorragie traumatique.

L'auteur s'est attaché à démontrer que, dans tous ces cas, les désordres du langage entretenaient d'étroites relations de filiation avec l'anémie aiguë. Ces désordres, qui consistaient essentiellement dans la dysphagie et la dysarthrie, atteignaient une intensité variable, qui dépendait en grande partie de l'abondance de l'hémorragie. Dans les 4 cas ils ont été transitoires.

E. RICKLIN.

GRASSET. Aphasie de la main droite chez un sourd-muet (*Progrès. méd., 31 oct. 1896*).

Un homme de 50 ans, sourd-muet, présente depuis 2 ans les signes d'un ramollissement cérébral, à marche progressive, sans ictus. Il lit son journal et comprend les questions qu'on lui pose dans le langage des sourds-muets ; mais il ne peut plus répondre comme autrefois de sa main droite et répond très bien de la gauche ; il ne peut même plus réciter l'alphabet de la main droite ; de la main droite il ne peut plus lire les lettres qu'on lui montre, et les lit de la main gauche ; il est donc aphasique de cette main, et en outre agraphique. Le bras droit est parésié mais peut faire tous les mouvements pour manger, boire, donner une poignée de main, etc. Grasset admet que chez le sourd-

muet il y a, dans l'écorce cérébrale, un centre pour le langage par la main distinct du centre pour les mouvements. H. L.

F. MAACK. Ueber amnestische Schreibstörungen (Sur les troubles amnésiques de l'écriture) (*Centralb. f. Nervenh., p. 521 1896*).

Il existe une grande variété de troubles amnestiques de la mémoire, et ceux-ci peuvent relever de mécanismes très différents. Dans tous les désordres du langage soit écrit, soit parlé, il est d'une grande importance de noter si le malade a conscience de ces désordres quels qu'ils soient. Si oui, il est seulement atteint d'une affection du système de projection, c'est une « maladie du cerveau »; si non, le malade est atteint d'une affection de l'organe d'association, c'est une « maladie mentale ». L'auteur entre dans le détail de quelques-uns de ces désordres de l'écriture observés chez quelques individus dont la mémoire spéciale et générale était plus ou moins altérée. PIERRE MARIE.

LOCHTE. Beitrag zur Kenntniss des Vorkommens..... (Sur le développement et la signification de l'écriture en miroir (*Archiv f. Psychiat., XXVIII, 2, p. 379*).

Les recherches faites par l'auteur, sur la fréquence de l'écriture dite en miroir chez les écoliers qu'on fait écrire de la main gauche et sur les conditions dans lesquelles s'observe ce mode de transposition de l'écriture, l'ont conduit aux conclusions suivantes :

A un faible degré, ce mode d'écriture doit être considéré comme un phénomène physiologique, qui n'autorise aucune déduction relative à l'état psychique des intéressés. Le soupçon d'une infériorité psychique n'est fondé qu'autant qu'une enquête minutieuse permet d'exclure les divers facteurs qui favorisent la production de ce curieux phénomène, et que de plus celui-ci trahit d'une façon manifeste une tendance à écrire dans le sens de l'abduction.

Lorsque chez un sujet qui écrit de la main gauche, ce mode d'écriture est l'effet d'une véritable contrainte, il dénote un degré considérable d'infériorité psychique. Il offre alors un véritable intérêt pédagogique, en ce sens qu'il permet de prévoir le degré d'éducation intellectuelle dont est susceptible l'intéressé.

Ces recherches ont été faites à l'occasion d'un cas d'écriture en miroir, observé chez une femme atteinte de débilité intellectuelle et qui avait été frappée d'une paralysie du côté droit. Il y avait donc en cause deux circonstances susceptibles de favoriser la production du phénomène : la débilité mentale et le sexe, car les recherches de l'auteur démontrent que chez les filles qu'on fait écrire de la main gauche, l'écriture en miroir s'observe avec une fréquence plus grande (32 0/0) que chez les garçons.

E. RICKLIN.

DUMAREST. Sur un cas de paralysie bulbaire asthénique ou syndrome d'Erb, suivi de guérison (*Écho méd. de Lyon, p. 245, 1896*).

Homme de 62 ans, atteint, trois semaines avant son entrée à l'hôpital, de douleurs périorbitaires et de diplopie binoculaire, parole nasillarde, paralysie

de tous les muscles de la mimique faciale, déglutition difficile, langue intacte. Ophthalmoplégie externe, blépharoptose bilatérale. Paralysie bilatérale des thyro-aryténoïdiens et de l'interaryténoïdien. Faiblesse des extenseurs de la tête. Marche lente et incertaine. Pas d'altération de la sensibilité cutanée; amblyopie très marquée, pupilles troubles. Pas de modification du pouls. Albuminurie légère. Crises violentes de dyspnée. Guérison au bout de plusieurs mois sans traitement; le seul reliquat étant un peu de parésie bilatérale des muscles des lèvres. PIERRE MARIE.

H. HIGIER. Ueber seltenere Formen der hereditären und familiären Hirn-und Rückenmarks Krankheiten (Sur les formes rares de maladies héréditaires et familiales du cerveau et de la moelle) (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenh.*, *IX*, *p. 1*).

Higier donne les observations de 4 sœurs qui, entre l'âge de 7 à 12 ans, présentèrent les premiers symptômes d'une affection qui débuta par une sensation de faiblesse et de raideur dans les jambes et produisit une paralysie spasmodique avec troubles vaso-moteurs. Au bout de 3 à 4 ans, la maladie atteignit les membres supérieurs (tremblement, difficulté pour écrire ou pour coudre, amyotrophie des muscles de la main et du bras). Exagération des réflexes tendineux, surtout aux membres inférieurs. Difficulté de la déglutition, bradylalie, timbre nasal et monotone, strabisme, subluxation du maxillaire inférieur dans les mouvements exagérés de celui-ci; secousses nystagmiformes. Affaiblissement de la vue par atrophie du nerf optique; rétrécissement du champ visuel et achromatopsie partielle. Expression stupide (acquise) du visage et diminution de l'intelligence. Pas d'anomalies pupillaires, ni troubles de la sensibilité et des sphincters. Au point de vue étiologique, on ne pouvait invoquer l'existence d'une hérédité nerveuse chez les ascendants, aucune maladie infectieuse ni syphilis. Marche chronique de la maladie.

A propos de ces 4 malades, l'auteur passe en revue les différentes maladies familiales ayant des symptômes plus ou moins analogues, dont différents auteurs ont décrit les cas, et discute les analogies qui les rapprochent sans les identifier toutefois les unes aux autres, et va jusqu'à rapprocher la maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse, des diplégies cérébrales. PIERRE MARIE.

RAYMOND et SOUQUES. Paraplégie spasmodique familiale (*Presse méd.*, *4 nov. 1896*).

Le père des malades est un grand alcoolique, la mère est saine, a eu 7 enfants (les 2 malades sont les deux aînées), et elle assure que tous ont été conçus en état d'ivresse paternelle. 1° J. D. a 19 ans; elle a remarqué à l'âge de 9 ans, pendant l'hiver, que sa démarche était troublée; elle traînait les jambes, surtout la droite, en marchant; l'accentuation des troubles moteurs a été progressive; à 15 ans la marche était impossible; depuis, les jambes sont restées raides, fléchies, s'allongeant un peu sous l'influence de la chaleur du lit; jamais de troubles vésico-rectaux.

Actuellement les membres sont contracturés dans une attitude des plus vicieuses, dans une flexion extrême, la jambe droite chevauchant sur la gauche. Les mouvements volontaires sont très limités; l'extension passive est douloureuse, les reflexes rotuliens sont exagérés; il y a une scoliose dorsale avec concavité droite. Les membres supérieurs sont, depuis l'âge de 15 ans, un peu raides.

La sensibilité est normale, pas de troubles trophiques ni de troubles électriques ; intelligence normale.

2° A. D., âgée de 15 ans, a eu, vers l'âge de 12 ans, les premiers troubles de la marche, ses jambes étaient faibles ; actuellement il y a une rigidité spasmodique des membres inférieurs, surtout à gauche, et après les fatigues de la marche. Les réflexes rotuliens sont exagérés. La force et la sensibilité sont intactes. Un examen, pratiqué une année après, montrait que l'état des deux malades n'avait pas changé.

Les auteurs discutent la nature des lésions qui peuvent servir de substratum anatomique et admettent comme possible une altération du protoneurone centrifuge. La maladie serait l'expression d'une débilité héréditaire de certains systèmes du centre nerveux. H. L.

I. — Von LEYDEN. Zur Ätiologie und Diagnose der epidemischen Cerebrospinalmeningitis (*Berlin. klin. Woch.*, *p. 637*, *13 juill. 1896*).

II. — F. KIEFER. Zur Differentialdiagnose des Erregers der epidemischen Cerebrospinalmeningitis und der Gonorrhoe (*Ibid.*)

I. — *Von Leyden* a trouvé le diplocoque intra-cellulaire de Weichselbaum dans 3 cas de méningite cérébro-spinale.

Il le regarde comme l'agent causal de la méningite cérébro-spinale épidémique. Il insiste sur sa grande ressemblance avec le gonocoque. L'un et l'autre microbes se colorent de même et ils se décolorent tous deux par le traitement de Gram, le gonocoque plus aisément. Il existe entre eux quelques différences légères quant à la forme et à l'arrangement. Mais les caractères différentiels importants, c'est que le microbe de Weichselbaum a une capsule et qu'il se développe sur les sols nourriciers ordinaires, tandis que le gonocoque ne croît que sur le sérum sanguin de l'homme ou dans le liquide ascitique. Il est pathogène pour diverses espèces animales, bien que von Leyden n'ait pas obtenu à cet égard des résultats aussi positifs qu'Heubner (*R. S. M.*, XLVIII, 466).

Huber, qui a pratiqué l'examen bactériologique pour les 3 malades de von Leyden, a réussi deux fois à cultiver le diplocoque de Weichselbaum sur un sol mixte de liquide ascitique et d'agar.

II. — *Kiefer* est frappé de l'extrême ressemblance, sous le microscope, des préparations de pus de la méningite épidémique et de la blennorragie. Les seules différences à signaler sont le volume plus variable des méningocoques et leur nombre beaucoup plus considérable dans le champ du microscope. Quant à l'existence d'une capsule pour le méningocoque, K. la révoque en doute ; il ne s'agit d'après lui que d'un simulacre dû à la rétraction de la substance nucléaire. En culture sur un sol formé d'agar, de liquide d'ascite et de glycérine peptonée, les deux microbes se distinguent facilement : pour le méningocoque, développement beaucoup plus vigoureux, tendance à la confluence, consistance moins visqueuse, etc. et surtout croissance énergique sur l'agar glycérinée. K. a échoué dans toutes ses tentatives d'inoculation du méningocoque aux animaux.

Il a eu à la suite de ce travail une rhinite purulente intense dans laquelle il retrouva le méningocoque. J. BEX.

Rocco JEMMA. Deuxième cas de méningite cérébro-spinale à pneumocoques; contribution à la valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire (*Riforma med., 9 nov. 1896*).

Jeune homme de 20 ans pris, au cours d'une santé parfaite, de frissons répétés, de céphalalgie, vomissements, vertiges et perte de connaissance. Porté à l'hôpital, il revint à lui le lendemain; on constata tous les signes d'une méningite cérébro-spinale. Vessie de glace sur la tête, chlrohydrate de quinine.

Etat stationnaire pendant 4 jours. Ponction lombaire qui permet de retirer 40 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien légèrement trouble, contenant de nombreux pneumocoques; l'inoculation d'un gramme de ce liquide chez un lapin détermina la mort rapide par septicémie et dans le sang on retrouva des pneumocoques.

La ponction ne fut pas suivie de modifications bien appréciables dans l'état du malade; cependant la céphalalgie diminua un peu d'intensité. On soumit alors le malade au traitement par les bains chauds à 40°, de 15 minutes de durée; ce traitement fut poursuivi pendant quatre jours (à raison de deux bains par jour). La température pendant cette période oscilla entre 37°,9 et 38°7; la céphalalgie, la rigidité de la nuque, les vomissements persistèrent.

Cinq jours après la première ponction, on en pratiqua une deuxième qui ne fut pas suivie immédiatement d'une amélioration. Ce n'est qu'à partir du lendemain que les différents symptômes s'amendèrent successivement; le malade sortit complètement guéri, après 20 jours de séjour à l'hôpital. G. LYON.

Charles LÉVI. De la méningite séreuse due au pneumocoque (*Arch. de méd. exp., IX, p. 49*).

Ce travail, basé sur deux observations, est destiné à montrer que le pneumocoque peut provoquer une méningite simplement séreuse dans la première enfance. Dans le premier cas, il n'y avait que de l'œdème sous-arachnoïdien, dans le second il y avait en même temps hydrocéphalie ventriculaire. Dans les deux cas, l'examen bactériologique a montré l'existence de pneumocoques dans l'exsudat.

Ces méningites séreuses ne présentent rien de spécial au point de vue clinique. L'auteur pense qu'elles peuvent être susceptibles de régression, comme les troubles méningés provoqués par les toxines du pneumocoque; elles seraient capables alors de laisser des reliquats, tels que des hydrocéphalies persistantes ou des scléroses cérébrales.

L'auteur émet une hypothèse intéressante, malheureusement basée sur un seul fait, insuffisamment probant. Il pense qu'on pourrait se convaincre que des troubles cérébraux, constatés au cours d'une infection pneumococcique, sont provoqués exclusivement par les toxines du pneumocoque, en recueillant le liquide céphalo-rachidien.

Celui-ci devrait alors ne pas fournir de colonies de pneumocoques après ensemencement et épargner les souris après inoculation; mais la souris, ainsi inoculée avec du liquide céphalo-rachidien contenant des toxines pneumococciques, acquérerait un certain degré d'immunité et résisterait ensuite à l'inoculation d'assez fortes doses de pneumocoques.

H. BOURGES.

A. HOCHE. Ueber secondäre Degeneration, etc. (Sur la dégénération secondaire, principalement du faisceau de Gowers, avec remarques sur l'état des réflexes, dans les cas de compression de la moelle (*Archiv für Psychiatrie*, *XXVIII*, *2*, *p. 510*).

Dans un premier cas, relaté par l'auteur, une paraplégie des membres inférieurs, à marche lente, est devenue finalement totale. Avec la paralysie motrice coïncidait de l'hypoesthésie, dont les limites supérieures n'étaient pas très nettes. Les réflexes patellaires se sont affaiblis progressivement ; 16 jours avant la mort du sujet, ils étaient complètement abolis, de même que les réflexes plantaires. La veille de la mort on a pu constater, comme on l'avait déjà fait précédemment, l'absence de réaction de dégénérescence dans les muscles paralysés. Rétention d'urine, ulcération de décubitus. Œdème des membres inférieurs. Le malade est mort en état de collapsus, 40 jours après le début de la paraplégie.

A l'autopsie on a trouvé un foyer purulent extra-dural, au niveau des arcs vertébraux des 4e et 5e vertèbres dorsales. Ce foyer mesurait 9 centimètres en longueur. La moelle se trouvait comprimée au niveau de la 7e racine dorsale. Il est vrai de dire qu'à ce niveau elle n'était ni rétrécie, ni sensiblement ramollie ; par contre, la substance blanche était presque complètement dégénérée, tandis que la substance grise était relativement intacte. Dans la moelle lombaire, tout se réduisait à des dégénérescences descendantes. Intégrité complète de la queue de cheval.

L'absence de troubles de la sensibilité, l'abolition des réflexes patellaires s'expliquent par l'absence d'une lésion transverse totale. Le fait en question vient confirmer la doctrine de Bastian. Dans les cas de lésions transverses graves mais incomplètes, intéressant le segment dorso-cervical de la moelle, les réflexes tendineux sont abolis d'une façon durable, aux membres inférieurs, malgré la dégénération des faisceaux pyramidaux et l'intégrité de l'arc réflexe.

Une seconde observation, relatée par l'auteur, concerne un cas de lésion traumatique de la moelle ; il y a eu paraplégie complète des membres inférieurs et anesthésie totale remontant jusqu'au 2e espace intercostal. L'abolition des réflexes cutanés a persisté jusqu'à la mort du sujet, qui est survenue 22 jours après l'accident. Priapisme. La moelle a été trouvée désorganisée dans toute son épaisseur entre la 8e paire cervicale et la 1re paire dorsale. La moelle lombaire ne présentait d'autres altérations que des dégénérescences secondaires.

L'étude de ces dégénérescences secondaires a été faites, dans les deux cas, sur des coupes colorées suivant le procédé de Marchi. Dans le premier cas, on a constaté : une dégénération descendante des faisceaux pyramidaux, qui se poursuivait jusque dans la moelle sacrée ; une dégénération du faisceau restant du cordon antérieur et d'un certain nombre de fibres comprises dans l'aire du faisceau de Gowers, qui se poursuivait jusque dans la moelle lombaire ; un certain nombre de fibres disséminées dans les cordons latéraux étaient dégénérées jusqu'à un niveau un peu plus bas ; une dégénération de faisceaux à trajet très court, contenus dans les cordons postérieurs, dans le voisinage immédiat du septum, et correspondant à la virgule de Schultze, ainsi que d'un certain nombre de fibres situées d'abord près du bord postérieur de la moelle, et plus bas à côté du septum postérieur, formant un territoire ovalaire, jusque dans le filium terminal. Des dégénérescences ascendantes : sur un trajet très court les cordons postérieurs en totalité, et plus haut les cordons de Goll seulement ; les faisceaux cérébelleux latéraux et les faisceaux de Gowers, jusque dans le cervelet ; des fibres comprises

dans l'épaisseur des faisceaux pyramidaux directs, jusqu'à l'entrecroissement des pyramides ; des fibres éparses, contenues dans les cordons latéraux et plus spécialement dans les faisceaux pyramidaux croisés.

Dans le second cas, la topographie des dégénérescences secondaires était sensiblement la même que dans le premier cas.

L'auteur entre dans des explications très détaillées relativement au trajet du faisceau dont la section transversale se présente à certains niveaux sous la forme de la virgule de Schultze. Ce faisceau se termine dans la substance grise, mais son lieu exact de terminaison reste à déterminer.

Le faisceau de Gowers comprendrait, d'après Hoche, les fibres contiguës au sillon médian antérieur ou comprises dans l'aire du cordon antéro-latéral, et qui sont immédiatement sous-jacentes à la pie-mère. Ces fibres, séparées d'abord du faisceau de Gowers, finissent par fusionner avec lui. Ce faisceau suit un trajet ascendant conforme à la description qu'en a donné Mott, chez le singe. L'auteur est entré dans des détails circonstanciés sur ce trajet, sans pouvoir indiquer son point terminal exact dans le cervelet, où les fibres du faisceau de Gowers s'entremêlent avec celles du faisceau cérébelleux.

Enfin, des résultats fournis par l'examen histologique de ces deux cas, Hoche croit pouvoir conclure qu'une partie notable des fibres du faisceau de Goll ne se termine pas dans le noyau de Goll ; elles traversent simplement ce noyau. De là, elles gagnent le corps rectiforme, les unes par la voie des fibres arciformes externes, d'autres en pénétrant directement dans le faisceau cérébelleux latéral, d'autres en cheminant au-dessus de la racine ascendante du trijumeau. E. RICKLIN.

A. WESTPHAL. Ueber einen Fall von traumatischer Myelitis (*Archiv f. Psychiat.*, *XXVIII*, *2*, *p. 554*).

Dans un accès de délire fébrile, une femme de 35 ans s'était jetée d'un second étage sur le pavé d'une cour. La chute avait eu pour conséquence une paralysie flasque, totale, des membres inférieurs. Cette femme a succombé 7 jours après l'accident, sans avoir présenté d'autres symptômes généraux qu'une fièvre continue.

A l'autopsie, on a trouvé une fracture transversale des corps des 1re et 2e vertèbres lombaires. On n'a pas découvert de traces manifestes d'une compression exercée sur le névraxe. L'examen histologique a révélé l'existence d'une myélite hémorragique très intense des segments lombaire et sacral. A ces niveaux, la substance grise était presque complètement désorganisée, et la substance blanche l'était en majeure partie. Dans les portions intactes en apparence, le tissu médullaire était profondément altéré. Partout le processus se caractérisait par une grande variabilité d'intensité ; nulle part, il ne revêtait les dehors d'une affection systématique. Partout, les racines antérieures et postérieures de la moelle étaient intactes.

L'auteur a fait ressortir l'intérêt du cas qui est un des très rares exemples de myélite traumatique autopsiés quelques jours après l'accident. Dans presque tous les autres cas, la mort était survenue soit immédiatement, soit beaucoup plus longtemps après le traumatisme. Les résultats de l'examen histologique démontrent que dans la myélite traumatique le processus, à ses débuts, est caractérisé par les mêmes altérations ana-

tomiques, que dans les cas de myélite aiguë d'autre origine. Ces altérations, essentiellement parenchymateuses et polymorphes, intéressent les cellules ganglionnaires et les fibres nerveuses; parmi elles, prédomine la tuméfaction disséminée des cylindraxes. Les dégénérations secondaires, les altérations interstitielles et vasculaires font défaut. Les produits d'une métamorphose régressive ne se rencontrent que dans les points où la moelle a été directement contusionnée. Les altérations spécifiques des éléments nerveux, cellules et fibres, doivent être considérées comme une conséquence directe du traumatisme. Elles présentent une grande analogie avec celles que Schmaus a constaté dans des cas de commotion expérimentale de la moelle, mais elles s'en distinguent par la production de nombreuses hémorragies dans le tissu médullaire. E. RICKLIN.

BOSC. Les amyotrophies familiales des extrémités (*Presse méd., 26 sept. 1896*).

L'auteur observe chez deux filles (8 ans et 3 ans) et chez la mère de ces deux enfants une atrophie qui intéresse symétriquement les muscles des deux mains, les muscles des pieds et des jambes, ceux de la partie inférieure et interne des cuisses. Les extrémités paraissent être d'une longueur démesurée. Il y a de la parésie des parties atteintes; pieds tombants sans rétraction tendineuse, station debout impossible. Réflexes conservés. Diminution de l'excitabilité faradique; pour les courants galvaniques, égalité entre les secousses de fermeture des deux pôles. Sensibilité conservée. Peu de troubles vaso-moteurs et trophiques. Déformation du squelette des avant-bras; augmentation de volume des épiphyses.

Avec l'âge, les lésions des jambes s'atténuent, tandis que celles des mains augmentent.

On ne peut songer ici à la paralysie spinale infantile ni aux névrites périphériques. Il ne s'agit exactement ni de la myopathie Charcot-Marie, ni du type névritique Déjerine-Sottas. L'auteur n'admet pas qu'il soit possible de tracer une limite précise entre les formes d'amyotrophie familiale des extrémités. L. GALLIARD.

LAFONTAINE. De la chute spontanée des dents dans le tabes (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

Cette chute peut n'être précédée d'aucun trouble sensitif, mais le plus souvent on note des douleurs céphaliques, variables de siège et d'intensité. Peu à peu les dents s'ébranlent, s'allongent, puis tombent sans traumatisme, sans hémorragie, sans carie. La résorption osseuse, cause du mal, continue; le rebord alvéolaire disparaît, d'où retraît de la lèvre et aspect particulier de la physionomie. Quelquefois, il se fait de véritables nécroses et des fistules, lésions sourdes et indolentes.

Au point de vue pathogénique, la raréfaction du tissu osseux des maxillaires est probablement sous la dépendance de névrites périphériques, elle « paraît être due à un trouble du système nerveux dans le territoire du trijumeau et des vaso-moteurs qui l'accompagnent ». Dix observations. DONNADIEU.

H. GRABOWER. Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Bulbärsymptomen (*Deutsche Zeitschr. für Nervenh.*, *IX, p. 82*).

Observation d'une tabétique qui, entre autres symptômes, présente des troubles bulbaires dans le domaine du trijumeau, du moteur oculaire commun, du glossopharyngien, de l'acoustique, et des troubles d'innervation des muscles du larynx. A l'autopsie, on trouva, en outre des lésions typiques du tabes, une dégénération du nerf récurrent gauche, une disparition considérable des fibres, des deux côtés, dans les racines extrabulbaires du pneumogastrique, tandis que les racines de l'accessoire de Willis sont indemnes. Les noyaux et les racines intracérébrales de ces deux nerfs ne présentaient pas d'altérations; le faisceau solitaire était médiocrement atteint, la racine ascendante du trijumeau était fortement dégénérée. Atrophie prononcée des noyaux principaux de l'oculo-moteur, surtout du droit, de l'abducens et des noyaux du pathétique.

Grabower fait remarquer que les résultats de cette autopsie indiquent que l'Accessoire de Willis ne participe pas à l'innervation des muscles du larynx. En terminant, il reproduit l'opinion d'Oppenheim sur les paralysies laryngées des tabétiques. PIERRE MARIE.

FÜRSTNER. Zur Pathologie gewisser Krampfanfälle (Pathologie de certaines attaques convulsives) (*Archiv für Psychiat.*, *XXVIII*, *2*, *p. 494*).

L'auteur insiste sur la difficulté qu'on éprouve souvent chez les jeunes sujets, dans l'interprétation rigoureuse des attaques convulsives. Ainsi nous ne connaissons pas de caractères différentiels sûrs pour distinguer les attaques d'hystérie des attaques d'épilepsie, chez les très jeunes enfants. Nous savons aujourd'hui que le jeune âge est loin d'être réfractaire à l'hystérie. Nous savons que jusque vers l'âge de huit ans, l'hystérie est plus fréquente chez les garçons que chez les filles. La prédisposition héréditaire ne semble pas intervenir pour une part importante dans le développement de cette névrose infantile. Les causes occasionnelles sont très variées. Les attaques peuvent se répéter au nombre de plusieurs dans le courant d'une même journée. Souvent on constate une tendance à une sorte d'état de mal. Parfois on observe des élévations de la température corporelle. Les attaques varient beaucoup dans leur expression somatique. Le bromure de potassium est inefficace; d'autre part, les manifestations du bromisme sont très promptes à apparaître. Souvent les attaques cessent brusquement, ou bien leur cessation coïncide avec certains phénomènes (ingestion d'aliments, etc.). Le pronostic est très favorable.

Les attaques hystériques qui éclatent à l'âge de la puberté offrent sensiblement les mêmes caractères et le même pronostic. Toutefois, certaines manifestations qui portent d'une façon bien nette le cachet de l'hystérie, par exemple la sensation de boule, tiennent une place prépondérante dans le tableau morbide. On observe encore, chez les hystériques de cet âge, une anorexie qui va en progressant et qui s'accompagne de troubles vaso-moteurs. Cette anorexie hystérique réclame un traitement psychique et l'éloignement de la famille.

L'auteur s'est occupé ensuite des cas où, chez des sujets victimes d'un traumatisme cranien pendant l'enfance, des attaques d'épilepsie éclatent

ensuite à un âge plus avancé. Ces cas, dont l'auteur mentionne des exemples, sont justiciables de la médication bromurée et de l'intervention opératoire. E. RICKLIN.

P. SOLLIER. Troubles trophiques des dents d'origine hystérique (*Bull. méd., 30 août 1896*).

Il s'agit d'une atrophie commençant par une érosion de l'émail de forme arrondie, à bords lisses, mettant la dentine à nu. Cette dernière se désagrège, s'érode, se résorbe et met les nerfs à nu. Rien n'enraye l'évolution de ce trouble, pas même l'amélioration ou la guérison des autres phénomènes hystériques. Pour remédier à la douleur il n'y pas d'autre remède que l'extraction des dents. LEFLAIVE.

G. MURRAY. Acromegaly with goitre and exophtalmic goitre (*Edinburgh med Journ., p. 170, fév. 1897*).

Femme de 37 ans, atteinte de goitre depuis l'âge de 12 ans, et présentant depuis 3 ans tous les symptômes de l'acromégalie, au niveau de la 2e côte, des mains, des poignets et des pieds. Une épreuve photographique de la main, par les rayons X montre que la plus grande partie de l'augmentation totale de la main est due à une hypertrophie des parties molles; les phalanges osseuses sont à peine épaissies, et les épiphyses des 2e et 3e phalange de chaque doigt ne sont pas soudées à la diaphyse. Outre l'hypertrophie thyroïdienne on note la fréquence du pouls (128 à 140), l'exophtalmie, le tremblement des mains, la transpiration excessive, les signes caractéristiques du goitre exophtalmique; enfin, il existe de la glycosurie et une tuberculose pulmonaire très nette.

Dans le 2e cas, il s'agit d'une femme de 63 ans, atteinte de goitre depuis 50 ans et d'acromégalie, plus particulièrement limitée aux deux premières côtes et aux deux mains.

Murray rappelle un 3e fait qu'il a observé, celui d'une femme de 34 ans, atteinte d'acromégalie type, avec glycosurie et tuberculose. A l'autopsie, on trouva la glande thyroïde et la glande pituitaire hypertrophiées; le lobe gauche du thymus était également hypertrophié. P. MAUBRAC.

René MARIE. L'infarctus du myocarde et ses conséquences (*Thèse de Paris, 1896*).

L'arrêt de la circulation dans une des branches des artères coronaires entraîne la formation d'un infarctus dans le territoire irrigué par cette branche. L'oblitération vasculaire est occasionnée le plus souvent par un thrombus, formé au niveau d'un point où la coronaire est rétrécie par une plaque d'athérome. Le territoire atteint correspond le plus fréquemment à la paroi antérieure du ventricule gauche, avec participation de la pointe et de la cloison interventriculaire. Le ventricule droit est très rarement atteint.

Au point de vue anatomique, l'infarctus du myocarde peut présenter : α, une forme non-hémorragique, nécrotique ; β, une forme hémorragique, apoplexie cardiaque. Les fibres musculaires subissent les dégénérescences granulo-pigmentaire et granulo-graisseuse.

Le foyer nécrosé tend à la réparation et parcourt pour y arriver différents stades représentés par : 1° l'état alvéolaire ; 2° la sclérose molle ; 3° la sclérose dure et la calcification.

Les conséquences de l'infarctus du myocarde sont de plusieurs sortes : 1° mort subite ; 2° rupture du cœur ; 3° plaques fibreuses du myocarde ; 4° anévrisme partiel. Marie nie l'origine péricardique ou endocardique de l'anévrisme du cœur ; pour lui, dans la presque généralité des cas, il est consécutif à une oblitération artérielle. C. GIRAUDEAU.

CHARRIER et APPERT. Rétrécissement mitral : obstruction embolique de l'aorte abdominale et des artères iliaques (*Soc. anat. Paris, p. 766, nov. 1896*).

Une malade de 51 ans, atteinte de rétrécissement mitral, présente, le 24 septembre, les signes d'obstruction d'un gros tronc artériel du membre inférieur gauche par thrombose ou embolie ; la jambe devient douloureuse, violacée, puis pâle et froide ; un mois après le pied entièrement mortifié s'est desséché et a pris l'aspect et la consistance de la corne. Le 15 octobre, la malade avait eu une embolie de la sylvienne gauche avec hémiplégie droite et aphasie. Mort le 31 octobre.

A l'autopsie, on trouve une embolie siégeant dans l'aorte elle-même, à sa partie inférieure, avec des coagulations consécutives ayant oblitéré la partie inférieure de l'aorte abdominale, des artères iliaques primitives externe et interne des deux côtés, et de la partie supérieure de la fémorale gauche. A droite, la circulation avait pu se rétablir par les voies anastomotiques mammaire interne-épigastrique, et lombaires-circonflexe iliaque ; à gauche, ces voies étant obstruées, les mésentérique inférieure et hémorroïdale n'ont pu assurer la vitalité que d'une partie du membre inférieur gauche.

P. MAUBRAC.

FRANÇOIS-FRANCK. Critique de la théorie de l'hémisystole dans l'insuffisance mitrale (*Arch. de physiol., VII, p. 545*).

L'intermittence du pouls dans l'insuffisance mitrale serait due à un défaut de systole du ventricule gauche, la systole du ventricule droit persistant (Leyden, 1868). L'hémisystole n'existe, en réalité, d'après l'auteur, dans l'insuffisance mitrale, ni chez l'homme, ni chez les animaux. Les intermittences du pouls sont dues à des systoles avortées du ventricule gauche ainsi que du ventricule droit. Il n'y a pas de redoublement systolique localisé dans le ventricule droit, et ce n'est pas cette prétendue systole supplémentaire qui produit la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche. DASTRE.

LEUBE. Zur Diagnose der systolichen Herzgerauche (Diagnostic des souffles systoliques du cœur) (*Deut. Archiv f. klin. Med., LVII, p. 225, 1896*).

L'auteur étudie successivement les symptômes des souffles systoliques mitraux accidentels, de ceux qui sont dus à une endocardite aiguë et de ceux qui relèvent d'une insuffisance relative. Celle-ci se rencontre chez les anémiques à myocarde faible, surtout dans les muscles papillaires, quand il existe une dilatation excessive du ventricule gauche et surtout dans les altérations myocardiques des muscles papillaires. Voici les principaux points du diagnostic : si les limites du cœur sont normales, le 2e bruit pulmonaire non exagéré, si le souffle s'entend à l'artère pulmonaire seule ou à celle-ci en même temps qu'à la pointe, mais plus accentué à l'artère

pulmonaire, il s'agit d'un souffle accidentel. Si la matité cardiaque est exagérée, le 2e bruit pulmonaire exagéré, on doit distinguer deux cas : ou bien l'exagération de volume est indiquée, ou elle est considérable. Dans le premier cas, surtout si la matité n'est augmentée que vers la gauche, s'il y a de la fièvre et une infection, on doit diagnostiquer une insuffisance mitrale due à une endocardite aiguë. Dans le 2e cas, si les limites de la matité sont considérablement exagérées des deux côtés, si le 2e bruit pulmonaire est fort, il peut s'agir soit d'une insuffisance relative de la valvule mitrale, soit d'une insuffisance mitrale endocardique subaiguë ou chronique. En faveur de l'insuffisance relative on noterait un souffle purement systolique, modérément fort, pas toujours pareil, un choc cardiaque faible, une accentuation modérée du 2e bruit pulmonaire, un pouls relativement petit, quelquefois irrégulier. En faveur de l'insuffisance mitrale endocarditique subaiguë ou chronique les symptômes sont : souffle systolique constant, fort ; choc cardiaque relativement fort et pouls relativement bon, avec forte accentuation du 2e bruit pulmonaire.

C. LUZET.

H.-V. MEUNIER. Du rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil broncho-pulmonaire (*Thèse de Paris, 1896*).

Ce travail, de plus de 300 pages, constitue une monographie extrêmement complète sur le rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil broncho-pulmonaire. Nous signalerons comme particulièrement intéressantes les expériences originales de l'auteur sur les infections pulmonaires provoquées à la suite de la résection d'un des pneumogastriques et 9 observations personnelles de lésions pulmonaires, consécutives à des altérations nerveuses produites par des adénopathies trachéo-bronchiques ; chacune de ces observations est accompagnée d'examens anatomo-pathologiques avec dessins originaux et d'examens bactériologiques.

1° Après des considérations générales sur l'influence que le système nerveux exerce sur l'infection en général, et sur l'infection pulmonaire en particulier, l'auteur apporte l'appoint de ses expériences personnelles aux travaux ayant traité antérieurement ce sujet, pour démontrer l'influence favorisante des troubles du système nerveux sur l'infection pulmonaire ; il étudie tout particulièrement la « pneumonie du vague » consécutive à l'énervation du poumon par section du pneumogastrique.

2° Des altérations pulmonaires sous la dépendance du système nerveux peuvent se montrer à la suite de trois ordres de troubles :

a) *Troubles nerveux locaux :* névrites primitives (toxiques ou infectieuses) des nerfs vagues ou névrites secondaires de ces mêmes troncs nerveux par compression ou inflammation de voisinage (adénopathie trachéo-bronchique, anévrisme de la crosse de l'aorte, néoplasmes du médiastin). A des lésions nerveuses unilatérales correspondent des infections pulmonaires unilatérales et homologues. Il semble que les lésions du pneumogastrique jouent un rôle plus nocif sur le poumon que celles du sympathique.

b) *Troubles nerveux généraux* : 1° Lésions des centres nerveux (hé-

morragie cérébrale, ramollissement, lésions bulbaires, sclérose en plaques, paralysie générale, etc.). A une lésion cérébrale unilatérale correspond une lésion pulmonaire unilatérale croisée ;

2° Certaines névroses (paralysie agitante, hystérie, épilepsie) ;

3° Affections mentales ;

4° Asthénie nerveuse (troubles psychiques, surmenage, sénilité, etc.).

c) Troubles nerveux réflexes à point de départ voisin (pneumonie contusive) ou éloigné (infections pulmonaires liées aux traumatismes, au shock opératoire, au travail de la dentition, à l'étranglement herniaire, aux brûlures, au froid, etc.).

La pathogénie de ces lésions pulmonaires d'origine réflexe est très complexe. Les principaux facteurs à incriminer sont :

Des troubles vasculaires neuro-paralytiques influençant la phagocytose ;

Des troubles glandulaires modifiant les sécrétions ;

Des troubles trophiques diminuant la résistance des épithéliums, et modifiant chimiquement les humeurs.

3° Les lésions pulmonaires dérivant de troubles nerveux peuvent revêtir les formes les plus variables, semblant répondre surtout à la nature de l'infection microbienne (pneumocoques, streptocoques, bacilles de la tuberculose). Il faut noter cependant la fréquence très grande des lésions suppuratives ou gangréneuses, témoignant du peu de résistance qu'offre le parenchyme pulmonaire énervé. H. BOURGES.

ASCOLI. Sull' iperleucocitosi digestiva (*Policlinico*, *1896*).

L'hyperleucocytose digestive existe chez l'homme, les carnivores et les herbivores et devient sensible s'il existe un intervalle suffisant entre les repas. Son importance est de 33 0/0 chez l'homme, de 75 0/0 chez le chien. Elle varie chez le même sujet. Elle peut manquer chez l'individu sain, plus fréquemment chez les anémiés ou quand les organes gastro-intestinaux sont profondément modifiés. L'hyperleucocytose est en rapport avec l'abondance du repas et surtout de la digestion, spécialement des albuminoïdes. La leucocytose débute dès la 1re heure après le repas, atteint son maximum vers la 3e ou 4e heure, puis diminue lentement. Pendant sa durée la proportion des leucocytes polynucléaires augmente, celle des mononucléaires et des granuleux diminue. Il y a augmentation réelle du nombre des leucocytes en circulation. Au point de vue clinique on doit noter que pour établir la leucocytose propre d'un sujet il faut l'examiner en dehors de l'influence de la digestion ; si cette condition ne peut être remplie, il faut, par le rapport des différentes formes de leucocytes, distinguer la leucocytose digestive. La leucocytose est douteuse dans la grossesse, elle peut manquer chez les diabétiques ; elle est rare dans le cancer de l'estomac jusqu'à ce qu'il ait atteint un certain développement. C. LUZET.

A.-H. SMITH. Prognosis in pneumonia (*Transact. of the Assoc. of Amer. phys.*, *XI*, *p. 262*, *1896*).

Sur 223 pneumoniques admis au Presbyterian Hospital, à New-York, il y avait 170 hommes et 23 femmes ; mortalité 28 0/0 chez les hommes,

31.2 0/0 chez les femmes. La mortalité a augmenté avec l'âge. Pas de décès au-dessous de 10 ans ; 18.7 0/0 de 10 à 20 ans ; 19.6 0/0 de 20 à 30 ans ; 28.3 0/0 de 30 à 40 ans ; 39.4 0/0 de 40 à 50 ans ; 40.6 0/0 au-dessus de 50 ans. L'automne et l'hiver ont été les saisons le plus défavorables.

Pronostic mauvais chez les alcooliques, les diabétiques, les brightiques, les rhumatisants.

Le frisson révèle une infection grave. Dans les 144 cas où il fut noté, la mortalité fut de 34 0/0. Dans les 79 autres cas, mortalité 19 0/0 seulement.

La pneumonie droite est un peu plus grave que la gauche : 29.8 0/0 de mortalité, au lieu de 25.5 0/0 ; dans la pneumonie bilatérale, 48.7 0/0.

L'affaiblissement du second bruit au niveau du foyer de l'artère pulmonaire a une grande valeur ; il révèle l'affaiblissement du ventricule droit et annonce la mort prochaine. L. GALLIARD.

LECLERC. Déplacement du cœur dans les épanchements pleuraux du côté gauche, à propos d'un cas de pyopneumothorax gauche (*Lyon méd., 21 fév. 1897*).

Bard avait montré (*Lyon méd.*, 1893) que, dans les épanchements pleuraux du côté gauche, le cœur, à moins d'adhérences, est refoulé en *totalité* de gauche à droite. L., dans ce travail, montre que cette notion ne semble pas nettement acquise ; on parle plus souvent de déviation de la pointe, par torsion que de déviation en masse. Il apporte deux observations très nettes. Dans le premier cas, la pointe du cœur battait dans le creux épigastrique et la base dans le 3e espace intercostal droit, à 8 centimètres de la ligne médio-sternale. Dans le second cas, même constatation confirmée par l'autopsie. A. CARTAZ.

Ch. BOUCHARD. La pleurésie de l'homme étudiée à l'aide des rayons Röntgen (*C. R. Acad. des Sc., 7 déc. 1896*).

Quand on place le thorax d'un sujet sain entre le tube de Crookes et un écran phosphorescent, on voit apparaître sur celui-ci le dessin du squelette thoracique, ainsi que l'ombre portée par le foie, tout le reste du thorax apparaissant en clair des deux côtés. Or, sur trois hommes atteints de pleurésie droite avec épanchement, l'auteur a constaté que le côté du thorax occupé par le liquide pleurétique présente une teinte sombre qui contraste avec l'aspect clair du côté sain ; si l'épanchement ne remplit pas toute la cavité, le sommet de ce côté reste clair et la teinte sombre dessine la limite supérieure de l'épanchement, telle qu'elle est établie par la percussion ; cette teinte sombre se forme de plus en plus à mesure qu'on l'observe en descendant de sa limite supérieure, où l'épanchement est plus mince, vers les parties inférieures, où il est plus épais et où son ombre se confond avec celle du foie.

M. DUVAL.

A. CHAUFFARD. Valeur clinique de l'infection comme cause de lithiase biliaire (*Revue de méd., fév. 1897*).

Dans l'immense majorité des cas, l'analyse clinique, dit Chauffard, ne démontre pas l'action lithogène de la fièvre typhoïde ou de l'ictère catarrhal : à la rigueur, cependant, il n'est pas impossible qu'une infection biliaire ne puisse, chez un sujet prédisposé, aider à la formation de calculs ; mais il doit en être très rarement ainsi. Comme, d'autre part, la preuve bactériologique de cette action lithogène ne semble pas indiscutable et que l'invasion microbienne secondaire des calculs jeunes est toujours possible, il semble à Chauffard que, jusqu'à plus ample démonstration, l'origine infectieuse de la lithiase biliaire est une interprétation un peu hypothétique de constatations bactériologiques très probantes.

Ici encore, comme dans tant d'autres chapitres de la pathologie générale actuelle, nous sommes ramenés à la notion fondamentale du terrain, des modalités variables de la nutrition cellulaire, des affinités morbides personnelles de chaque organisme. C. GIRAUDEAU.

BOUTÉ. La cirrhose atrophique du foie chez les jeunes gens (*Thèse de Paris, 1896*).

Dans le fait publié par l'auteur et relatif à un garçon de 19 ans, alcoolique (Auclair, *Soc. anat.*, 1896), le diagnostic de péritonite tuberculeuse semblait si net, qu'on pratiqua une laparotomie.

L'évolution semble plus rapide chez les jeunes gens que chez les adultes. Les hémorragies sont constantes. L'hypertrophie de la rate existe avant la période d'atrophie hépatique. Durée : 5 mois environ.

L. GALLIARD.

ROLLESTON et FENTON. Cirrhose du foie (*Birmingham med. Rev., oct. 1896*).

La cirrhose du foie a été constatée dans 114 autopsies. Elle avait causé la mort dans 47 cas. Sur les 67 autres décès, 17 devaient être attribués à la tuberculose.

82 hommes et 32 femmes. Age moyen : 48 ans pour les hommes, 46 ans pour les femmes. Si l'on envisage seulement les sujets non alcooliques, on trouve pour les hommes un âge moyen de 49 ans, pour les femmes 51 ans.

Dans les 47 cas où la cirrhose a causé la mort, on a noté l'ascite 36 fois, les hémorragies 13 fois, les phénomènes cérébraux 30 fois, la tuberculose pulmonaire 32 fois. Les variations du poids de la rate n'étaient pas en relation constante avec celles du foie.

Le diabète existait chez 3 sujets sans hypertrophie et sans pigmentation du foie. L. GALLIARD.

VENOT. Du foie cardiaque dans les symphyses du péricarde (*Thèse de Paris, 1896*).

L'hypertrophie du foie est fréquente dans la symphyse rhumatismale

et dans la symphyse tuberculeuse du péricarde, qui causent la dilatation permanente de l'oreillette droite, celle de la veine cave inférieure, celle des veines sus-hépatiques. L'asystolie hépatique d'origine péricardique est permanente.

L'hépatomégalie peut varier. Elle fournit une matité qui se continue sans intermédiaire avec la matité cardiaque. Chez les tuberculeux, la cirrhose cardiaque se complique de tuberculose hépatique ; le diagnostic est difficile : on tiendra compte de l'abondance de l'ascite, de la prompte reproduction du liquide après la ponction, du volume considérable du foie.

Il faut prescrire les diurétiques, surtout la théobromine, et les laxatifs. La digitale est utile, mais elle ne donne que des résultats incomplets.

L. GALLIARD.

I. — Bruno OPPLER et C. KÜLZ. Ueber das Vorkommen von Diabetes mellitus bei Ehegatten (Uebertragbarkeit) (*Berlin. klin. Woch.*, *n*os *26 et 27, 29 juin et 6 juill. 1896*).

II. — H. SENATOR. Ueber das Vorkommen von Diabetes mellitus bei Eheleuten und die Uebertragbarkeit des Diabetes (*Ibidem*, *n° 30, 27 juill. 1896*).

I. — Sur les 900 diabétiques traités par E. Külz, il se trouvait 10 paires d'époux. Oppler et C. Külz donnent le résumé de ces 20 cas de diabète. En additionnant les statistiques de Betz, Hertzka, Lecorché, Schmitz, Seegen, E. Külz, ils arrivent à une proportion de 1,08 0/0 représentant le chiffre des diabètes conjugaux, ce qui est tout à fait insignifiant. D'autre part, en analysant les observations de E. Külz, ils en arrivent à éliminer 9 fois sur 10 l'étiologie contagieuse qui est même douteuse dans le dixième cas. Ils concluent que, vu la fréquence du diabète, ce n'est pas faire violence aux faits que d'incriminer le hasard, sinon le genre de vie commun, plutôt que la contagion, pour expliquer le diabète de deux époux.

II. — Senator, sur 770 cas du diabète en a soigné 18 concernant 9 couples d'époux, soit une proportion de 1,19 0/0 correspondant presque exactement à celle de E. Külz. Dans 3 des ménages de Senator, le conjoint atteint en second lieu du diabète y était prédisposé héréditairement. Dans 4 autres, il s'était écoulé de longues années avant que le dernier conjoint fût frappé ; parfois même le premier conjoint était mort du diabète depuis longtemps. Le 9e cas manque de détails suffisants pour qu'on puisse se prononcer. Reste 1 seul cas où en l'absence de tare héréditaire et d'autres causes, on peut admettre une transmission de la femme à son mari dans l'espace de 18 mois. Aussi Senator, persistant dans l'opinion qu'il a émise il y a déjà 20 ans, repousse la contagiosité du diabète et explique les diabètes de deux époux soit par l'influence des causes occasionnelles communes à l'un et à l'autre, soit par un jeu du hasard. (*R. S. M.* XXXV, 542; XXXVII, 163 et XXXIX, 575.) J. B.

F. HIRSCHFELD. Acetonurie und Coma dabeticum (*Zeitschr. f. klin. Med.*, *XXXI*, *p. 312*).

H. distingue, au point de vue de l'acétonurie, trois classes de diabétiques.

1° Diabétiques légers n'utilisant pour fabriquer leur sucre qu'une très

minime portion des hydrocarbures alimentaires. La quantité d'acétone est de 10 à 40 milligrammes par 24 heures avec 60 à 100 grammes de ration d'hydrocarbures. La suppression de ceux-ci augmente momentanément l'acétone. Même résultat alors même qu'il y a des complications graves, affections cardiaques, albuminurie, tuberculose, fièvres.

2° Diabétiques moyens éliminant sous forme de sucre la moitié de leurs hydrocarbures. Acétonurie plus accentuée, augmentant moins par la suppression des hydrocarbures, mais plus persistante.

3° Diabétiques graves transformant tous leurs hydrocarbures en sucre. L'acétonurie peut atteindre 300 à 700 milligrammes par jour malgré une alimentation hydrocarburée. Il existe donc un certain parallèle entre l'acétonurie et la glycosurie. Mais, dans une série de cas, de brusques modifications dans la quantité d'acétone semblent le signal de complications graves. Ces complications et leur pathogénie feront l'objet d'un travail ultérieur.

A. F. PLICQUE.

E. BOINET. Recherches expérimentales sur la maladie d'Addison (*Revue de méd., fév. 1897*).

Au dire de l'auteur, les théories de l'insuffisance capsulaire et de l'altération du grand sympathique qui ont été opposées l'une à l'autre pour expliquer la pathogénie de la maladie d'Addison, contiennent chacune une part de vérité ; mais elles ont le tort d'être trop exclusives. Dans les cas d'absence ou d'intégrité des capsules, on ne peut invoquer que la théorie nerveuse ; cependant la clinique et l'expérimentation démontrent que la destruction pathologique ou expérimentale des capsules agit, non seulement par la dégénérescence ascendante et secondaire du grand sympathique et de ses ganglions, mais encore par l'insuffisance capsulaire. Cette suppression des fonctions des capsules favorise la rétention dans le sang, dans les viscères et les muscles, de produits toxiques qui paraissent jouer un certain rôle soit dans la formation du pigment dans le sang, soit dans la production et l'augmentation de l'asthénie.

C. GIRAUDEAU.

Émile JOB. De l'actinomycose des centres nerveux (*Thèse de Lyon, 1896*).

Anatomiquement, il existe deux formes d'actinomycose des centres nerveux : une forme circonscrite revêtant l'aspect d'abcès ou de néoplasme, et une forme diffuse beaucoup plus rare, caractérisée par l'étendue des lésions inflammatoires. Sur 15 observations, une seule fois l'actinomycose a été primitive dans les centres nerveux; dans les autres cas, le point de départ est le plus souvent dans le poumon ou dans la région cervico-faciale. La forme circonscrite peut rester latente ou présenter le tableau d'une tumeur cérébrale ; la forme diffuse se présente sous l'aspect d'une méningo-encéphalite aiguë. Le pronostic est très grave : 15 morts sur 15 observations ; la mort est plus rapide dans la forme diffuse que dans la forme circonscrite. Le traitement ioduré n'a aucune efficacité dans l'actinomycose des centres nerveux. Dans la forme circonscrite, le traitement chirurgical peut retarder la terminaison fatale (Otto Keller) et, peut-être, guérir définitivement les malades. H. FRENKEL.

P. COURMONT. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde (*Lyon méd., 10 janv. 1897*).

Étude de 100 cas de séro-réaction dont 88 chez des typhiques.

44 cas au début ou dans le cours de la fièvre typhoïde, la réaction n'a jamais manqué.

45 cas après la guérison, pendant le premier mois, la réaction a toujours persisté ; de 1 à 4 mois après, elle n'a fait défaut que 5 fois. Chez 2 malades elle existait un an et 2 ans après.

Dans divers cas de lésions simulant la fièvre typhoïde, la réaction n'a jamais été positive. L'auteur indique en terminant le procédé clinique, rapide et facile, de la séro-réaction. A. CARTAZ.

CHARRIER et APERT. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde chez le fœtus (*Presse méd., 11 nov. 1896*).

Une femme, examinée au 14e jour d'une fièvre typhoïde un peu anormale, présente la réaction de Widal ; 4 jours après elle fait une fausse couche ; la grossesse datait de 3 mois. L'embryon ne présentait aucune lésion viscérale. Les renseignements de la rate furent négatifs Les recherches sur la propriété agglutinante ont porté : 1° sur le liquide péricardique ; 2° sur le liquide péritonitique ; 3° sur le sang du cœur ; 4° sur le liquide céphalo-rachidien. Les examens soit immédiats, soit après repos, ne donnèrent pas l'agglutination, quel que fût la proportion du mélange.

Un fragment de placenta, privé de sang par un lavage prolongé, fut mis à macérer dans l'eau et on en recueillit le liquide clair surnageant, et en prenant des doses progressives de 1 à 10 gouttes de macération pour 10 gouttes de culture, les auteurs eurent un résultat positif. En ensemençant avec du bacille d'Eberth, un tube contenant 4 centimètres cubes de bouillon additionnés de 20 gouttes de liquide de macération, il se produisit en 24 heures un trouble du bouillon avec dépôt formé par un amas de microbes agglutinés très caractéristiques. Donc le placenta possède la propriété agglutinative. H. L.

CATRIN. Séro-diagnostic et séro-pronostic de la fièvre typhoïde (*Soc. méd. des hôp., 16 oct. 1896*).

Sur 48 hommes envoyés à l'hôpital comme suspects de fièvre typhoïde, 36 ont eu cette maladie, dont 17 ont été graves, 14 d'intensité moyenne, 5 ne furent que des typhoïdettes. Dans tous les cas, C. a eu la séro-réaction immédiate, c'est-à-dire l'agglutination des bacilles d'Eberth, puis la clarification des cultures; d'autre part, dans les 12 autres cas (embarras gastriques, fébriles ou fièvres continues) la réaction fit défaut et la courte durée de la fièvre confirma la réaction; dans un de ces cas, le malade présentait tous les signes de la dothienentérie, sauf la diarrhée; il s'agissait d'une tuberculose au début.

L'examen du sérum sanguin fut pratiqué 72 fois; au 3e jour 4 fois avec des succès négatifs; au 4e jour 6 fois dont 4 fois avec succès, dans tous les autres cas avec succès depuis le 5e jusqu'au 41e jour. Le séro-diagnostic est surtout utile pour préciser le diagnostic dans les cas de typhus levissimus; chez 2 malades le sérum du pus d'abcès provoqua la réaction comme le sérum du sang.

Au point de vue pronostic, Catrin admet que plus la réaction est tar-

dive et faible, plus l'affection est bénigne; dans les 6 recherches au 4e jour, les 4 cas positifs ont donné des fièvres graves, les 2 négatifs des fièvres légères.

H. L.

P. DIMOUX-DIME. Du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde (*Thèse de Lyon, 1896*).

1° Sur près de 250 cas publiés (100 cas personnels) de séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, on ne compte qu'un seul cas authentique où la réaction ait constamment fait défaut; qu'un ou deux cas où elle ait apparu chez des malades n'ayant peut-être pas la dothiénentérie. La séro-réaction apparait de bonne heure, quelquefois dès le 3e jour, d'habitude vers le 6e ou 7e jour, rarement après cette période. Elle persiste généralement quelques mois après la guérison de la fièvre typhoïde, mais elle dure moins que l'immunité; c'est une réaction d'infection (Widal).

2° On peut donc affirmer la dothiénentérie lorsque la réaction est positive; l'absence de réaction ne donne pas le droit de nier la fièvre typhoïde, mais elle fournit de très grandes probabilités en faveur du diagnostic négatif, surtout à une période un peu avancée de la maladie.

3° Le séro-diagnostic est utile : *a*) dans certains cas de début de fièvre typhoïde; *b*) dans les formes irrégulières ou bénignes; *c*) dans les cas de tuberculose aiguë, d'embarras gastrique, etc. ; *d*) pour le diagnostic rétrospectif.

4° Etudiés plus à fond, les rapports entre l'intensité et la rapidité de la séro-réaction et la gravité de la maladie pourront conduire au séro-pronostic de la dothiénentérie.

H. FRENKEL.

I. — DWOUIEGLAZOFF. Sur la présence du bacille d'Eberth et d'autres microbes dans la bouche des typhiques (*Thèse de St-Pétersbourg, 1896*).

II. — ANITCHKOFF-PLATONOFF. Sur la bactériologie de la bouche chez des malades (*Thèse de St-Pétersbourg, 1896*).

I. — Sur 15 typhiques avec 37 examens, D. n'a trouvé que 2 fois le bacille d'Eberth dans la salive, à savoir le 12e et le 25e jour de la maladie. Sur ces 15 malades, 8 ont présenté dans la bouche l'aureus, 5 l'albus, 2 le streptocoque et 10 le coli-bacille. Chez le personnel chargé de soigner les typhiques, sur 10 examens, on n'a pas décelé une seule fois le bacille typhique, mais on a trouvé 6 fois l'aureus, 5 fois l'albus, 4 fois le streptocoque et 4 fois le coli-bacille.

Au point de vue de la technique bactériologique, D. confirme le fait que la gélatine aux pommes de terre restreint le nombre de colonies liquéfiantes, de même que l'addition de phénol à 0,08 0/0 aux liquides à examiner; le procédé d'Elsner ne laisse subsister que le bacille typhique et le coli-bacille; le procédé de Kruse-Freudenreich (ensemencement du liquide convenablement dilué sur agar avec décantation de l'excès) permet d'obtenir des colonies au bout de 24 heures.

II.— En examinant la salive des malades diluée au dix-millième, A.-P. a vu que la cavité buccale contient un très grand nombre de bactéries, parmi lesquelles, par ordre de fréquence, le streptocoque, l'aureus et l'albus sont les plus constants, tandis que le pneumocoque n'est nulle-

ment constant dans les diverses affections. Chez les typhiques, le procédé de Vincent n'a jamais permis de constater le bacille d'Eberth dans la bouche. Chez quelques tuberculeux, il y a dans la bouche des bacilles tuberculeux virulents. Parmi les autres formes, A.-P. a trouvé : le bacille des foins, le b. fluorescens luteus, cladothrix dichotoma, b. megaterium, leptothrix buccalis, micr. cercus albus, m. roseus, flavus, sarcina alba et aurantiaca. Pas d'anaérobies. H. FRENKEL.

I. — WIDAL et SICARD. Différenciation du bacille typhique et du bacille de la psittacose par la réaction agglutinante (*Presse méd.*, *2 déc. 1896*).

II. — Les mêmes. La réaction agglutinante chez les typhiques comparée pendant l'infection et pendant l'immunité (*Ibid., 23 déc. 1896*).

III. — Wyat JOHNSTON et TAGGART. Observation sur la séro-réaction de la fièvre typhoïde et du choléra avec le sang desséché (*Ibid.*, *19 déc. 1896*).

IV. — Alfonso BORMANS. De l'action agglutinante de l'urine des typhiques sur le bacille d'Eberth (*Ibid.*, *23 déc. 1896*).

V. — WEINBERG. Quelques faits de séro-diagnostic de la fièvre typhoïde (*Ibid.*, *19 déc. 1896*).

VI. — MOSSÉ. Action agglutinante du colostrum sur le bacille d'Eberth (*Soc. méd. des hôp.*, *27 nov. 1896*).

I. — Si l'on mélange le sérum d'un typhique à une culture jeune en bouillon de bacille d'Eberth, dans la proportion de 1 pour 10, presque instantanément se forment des amas typhiques, visibles au microscope. Si on mélange dans les mêmes proportions ce sérum typhique à une culture jeune de bacilles de psittacose, on voit aussi se former des amas microbiens; mais ceux-ci sont plus petits, plus resserrés, les éléments sont moins distincts; les bacilles libres sont plus nombreux. Si l'on élève la proportion du mélange à une goutte de sérum pour 20, 30 ou 40 gouttes de culture, on voit que les amas formés par le bacille de la psittacose deviennent de moins en moins nombreux, souvent même disparaissent, tandis qu'ils persistent avec le sérum typhique. Si, au lieu de bacilles déjà développés, on agit sur des bacilles naissants, la différence devient éclatante.

Si l'on ajoute différents sérums typhiques à des tubes de bouillon vierge, dans la proportion de 1/20, 1/40, 1/60, 1/80; si on les ensemence avec soit les bacilles typhiques, soit les bacilles de la psittacose, et qu'on les place à l'étuve à 39°, on voit, au bout de 4 à 5 heures, et surtout au bout de 15 à 20 heures, les tubes à bacilles de la psittacose troublés, les tubes à bacilles typhiques clairs, avec des flocons dans les fonds. Au microscope, on voit alors de gros amas de bacilles typhiques avec quelques très rares éléments libres et immobilisés; au contraire, les amas des bacilles de la psittacose sont rares, perdus au milieu de nombreux bacilles isolés et mobiles.

II. — Après un historique résumant les travaux publiés sur le phénomène de l'agglutination, les auteurs réclament comme personnelle l'idée que la réaction agglutinante est une réaction de la période d'infection. Les statistiques sont toutes d'accord pour montrer que la réaction pré-

sente, en règle, après le 7e jour, peut être constatée dès le 4e; d'autre part, cette réaction, si nette pendant la période d'infection, s'atténue chez certains malades pendant la convalescence et suivie, jour par jour, on peut la voir disparaître. Pratiquée chez 22 malades, guéris depuis un temps variant entre 1 et 26 ans, la recherche a donné une réaction très nette sur 3 d'entre eux; légère sur 3 autres. Sur 3 malades ayant eu des rechutes, l'agglutination persistait dans la période apyrétique.

Le sérum typhique qui agglutine le bacille d'Eberth n'a pas sur lui d'action bactéricide; des bacilles conservés 2 mois 1/2 dans du sérum avaient gardé toute leur vitalité.

La réaction agglutinante peut être considérée comme un procédé de protection, et principalement pendant la période d'infection.

III. — Dans 90 0/0 des cas examinés, le séro-diagnostic fait avec le sang sec a été parfaitement probant; les auteurs ajoutent une goutte d'eau distillée à la goutte de sang typhique desséchée, recueillie sur un papier non absorbant; la solution est complète en 1 à 2 minutes, on la porte dans le bouillon de culture; en général, en quelques minutes les bacilles s'arrêtent et les grumeaux se forment; quelquefois il faut attendre 3 et même 24 heures; si les bacilles perdent leur mobilité instantanément, les amas se forment mal. Les auteurs recommandent de stériliser le papier avec le gaz aldéhyde formique, puis les vapeurs d'ammoniaque. Sur 143 cas ils ont eu 118 cas décisifs au premier examen, 5 décisifs au second, 14 cas négatifs (il s'agissait de pneumonies, malaria, etc.), 6 cas douteux.

70 fois un second examen a été pratiqué avec 69 résultats positifs, 1 négatif; jamais ils n'ont vu la séro-réaction se prolonger plus d'un an après l'infection; en général elle est bien marquée après le 5e jour; il n'y a pas de relations entre la gravité du cas et l'intensité de la réaction. Le sang desséché donne encore la réaction après 60 jours, ce qui peut rendre des services en médecine légale.

IV. — Bormans recueille antiseptiquement l'urine, la mélange en parties égales avec une culture en bouillon de bacilles d'Eberth, âgée de 24 heures, met à l'étuve à 37° et examine les préparations colorées 12 ou 24 heures après. Le procédé, appliqué dans 22 cas, a toujours été positif; l'urine agglutine le bacille; il a par contrôle examiné, d'une part, l'action de ces urines sur le coli bacille, et d'autre part, l'action du bacille d'Eberth sur des urines de malades atteints d'affections diverses (entérites, tuberculeux, etc.), les résultats ont toujours été négatifs.

La réaction des urines typhiques constatée 20 jours encore après la maladie, avait disparu 4 mois après.

V. — W. a suivi 28 cas; il a trouvé chez une malade l'agglutination dès le 4e jour; il l'a retrouvée chez tous les convalescents, même au bout de 3 mois; avec la salive il a toujours eu des résultats négatifs; il a eu quelquefois la réaction avec l'urine, avec les selles diarrhéiques, avec la sueur, le pus, et des liquides recueillis à l'autopsie (pleural, péricardique, péritonitique, intestinal, testiculaire). Sur 17 anciens typhiques, 6 ont donné une réaction, 2 fois légère, 4 fois caractéristiqne, après 4, 10, 13, 17, 22 et 27 ans de guérison.

VI. — Les recherches ont porté sur une femme enceinte de 6 mois et at-

teinte d'une fièvre typhoïde bénigne. Les prises du colostrum furent effectuées les 12, 18, 34 et 42es jours de la maladie, puis de la convalescence. Le résultat fut positif, mais moins net qu'avec le sérum sanguin. H. LEROUX.

F. GREENE. The serum test of Widal (*Med. Record, 5 déc. 1896*).

Chez 35 malades atteints d'affections les plus diverses, embarras gastrique, érysipèle, broncho-pneumonie, endocardite ulcéreuse, typhoïde, etc., G. a systématiquement recherché la réaction de Widal et ne l'a vue survenir que dans le cas de typhoïde que celle-ci fût déjà cliniquement diagnostiquée ou qu'elle ne fût encore que soupçonnée. Il donne donc à la réaction de Widal une valeur diagnostique de tout premier ordre. CART.

C. NICOLLE et A. HALIPRÉ. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde (*Normandie méd., 1er sept. et 1er déc. 1896*).

Dans cinq cas on a recherché la propriété agglutinante du sérum sur le bacille typhique ensemencé en solution de peptone phéniquée au millième. Le séro-diagnostic a été positif chez deux malades atteints de fièvre typhoïde légitime, négatif dans un cas de diagnostic cliniquement douteux, et de même négatif sur deux personnes ayant eu la fièvre typhoïde un an et sept ans auparavant.

En s'appuyant sur l'étude d'un certain nombre de cas récents et après avoir rappelé l'action du sérum des typhiques sur les cultures du bacille d'Eberth, les auteurs établissent que la formation d'amas et la clarification des cultures de ce bacille constituent un phénomène constant dans la fièvre typhoïde et qui n'existe pas dans le sérum des malades atteints d'autres affections. Ce sérum des typhiques n'a aucune action sur les cultures des autres microbes. Il en ressort que la méthode du séro-diagnostic fournit réellement le signe de certitude de la fièvre typhoïde.

Elle rendra des services non seulement dans la maladie caractérisée, mais surtout au début, ainsi que dans les cas douteux ou dans les formes d'un diagnostic difficile. OZENNE.

L. BECO. Recherches sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde (*Bulletin Acad. de méd. de Belgique, n° 11, p. 870, 1896*).

L'agglutination du bacille d'Eberth par le sérum mélangé au bouillon de culture jeune (1/10) ne s'observe que dans la fièvre typhoïde; mais ce phénomène manque dans une notable proportion de cas de fièvre typhoïde cliniquement avérée (cinq cas sur seize).

L'examen microscopique ne suffit pas; l'épreuve de la culture est nécessaire.

L'agglutination ne suffit pas à faire classer un bacille comme bacille d'Eberth, car le sérum de typhiques agglutine certains coli-bacilles.

LEFLAIVE.

HAUSHALTER. Séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde (*Revue de méd. de l'Est, 1er déc. 1896*).

L'agglutinement, recherché au microscope dans le mélange d'une goutte de sérum avec 10 gouttes de culture de bacille d'Eberth :

A manqué constamment dans un cas de tuberculose pulmonaire, un cas de pneumonie, deux cas de scarlatine, une pleurésie purulente et un cas d'infection vulgaire;

S'est montré dans 15 cas de fièvre typhoïde classique en pleine évolution, dans 4 cas au moment de la défervescence (17e au 22e jour), et dans 3 cas en pleine convalescence (après 4 à 15 jours d'apyrexie);

S'est montré 5 fois sur 8 cas regardés comme des typhoïdettes (pas de taches rosées); dans l'un de ces cas, il a été constaté deux jours après le début et il ne s'est pas remontré le 8e et le 12e jour de la maladie ;

A manqué (deux examens) dans un cas de fièvre typhoïde cliniquement bien avérée. LEFLAIVE.

JEZ. Ueber die Bedeutung der Widal'schen Serodiagnostic (*Wiener med. Woch., 16 janv. 1897*).

Chez une femme de 23 ans, entrée à l'hôpital en présentant les symptômes parfois si communs à la typhoïde et à la granulie au début, que le diagnostic clinique entre ces deux affections est des plus difficiles, J. a eu recours au sérodiagnostic, suivant le procédé de Widal. La réaction agglutinante fut typique. Or, à l'autopsie de la malade, on ne trouvait aucune lésion intestinale typhique ou tuberculeuse, mais bien de la méningite tuberculeuse avec tuberculose pulmonaire et une néphrite parenchymateuse. S'appuyant sur ce seul fait, avec autopsie, J. dit que la réaction de Widal n'est pas un symptôme certain de typhoïde et qu'en général la séroréaction n'a aucune spécificité rigoureuse. CART.

ACHARD et BENSAUDE. Infections paratyphoïdiques (*Soc. méd. des hôp., 27 nov. 1896*).

Les auteurs rapportent l'observation de deux malades ayant présenté un certain nombre des symptômes classiques de la fièvre typhoïde avec quelques anomalies ; et ils ont étudié surtout les bacilles qu'ils ont trouvé dans l'urine, dans le sérum et dans le pus d'un abcès articulaire. Ils ont constaté que ces bacilles présentent tous les caractères du bacille de la psittacose. Comme lui, ils consistent en bâtonnets arrondis aux extrémités, très mobiles et se décolorant par le Gram ; ils poussent avec une grande rapidité, ne donnent pas d'indol, ne font point fermenter la lactose et ne coagulent pas le lait, enfin ils se laissent agglutiner par le sérum typhique.

Les bacilles paratyphiques poussent sur les cultures du bacille d'Eberth, tandis que celui-ci ne pousse pas sur leurs cultures. Le coli bacille ne pousse pas non plus sur leurs cultures, non plus que les bacilles paratyphiques sur les cultures colibacillaires.

Les auteurs concluent à l'existence de bacilles pathogènes dont l'infection semble offrir de grandes analogies avec l'infection typhoïde, mais

doit être classée à part ; ils insistent sur le fait que la propriété agglutinante n'est pas rigoureusement spécifique et peut s'exercer sur plusieurs types microbiens très voisins. H. L.

I. — DIEULAFOY. De l'intervention chirurgicale dans la péritonite de la fièvre typhoïde (*Bull. Acad. de méd.*, *27 oct. 1896*).

II. — LEREBOULLET. Sur le diagnostic et le traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde (*Ibid.*, *3 nov. 1896*).

I. — Il existe des péritonites par perforation qui surviennent de préférence pendant la période d'état ou pendant les rechutes de la fièvre typhoïde. La perforation peut atteindre l'iléon, le cœcum, l'appendice, le côlon. Ces péritonites par perforation s'observent non seulement dans les fièvres typhoïdes intenses, mais aussi dans les formes légères. Que les symptômes qui les annoncent soient intenses ou simplement ébauchés, il existe habituellement un signe précieux : la chute brusque de la température allant jusqu'à l'hypothermie. Quoique extrêmement graves, ces péritonites par perforation peuvent être enrayées, dès le début, par des adhérences qui limitent à temps la perforation.

Il existe aussi des appendicites paratyphoïdes qui surviennent habituellement dans le décours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Accompagnées d'une reprise de fièvre et d'une élévation de température, qui les distinguent des péritonites par perforation, elles évoluent comme une appendicite banale. Comme celle-ci, elles peuvent se limiter à la moindre attaque appendiculaire, sans péritonite, ou aboutir à toutes les complications de l'appendicite : péritonite enkystée ou généralisée, abcès du foie, abcès à distance.

La soi-disant péritonite typhoïde par propagation n'existe pas.

Le traitement médical (glace, opium) est bien souvent impuissant.

Au cas d'appendicite typhoïde et de péritonite typhoïde appendiculaire, l'opération se fait dans les meilleures conditions ; elle donne les meilleurs résultats, pourvu que l'intervention soit faite en temps voulu.

Au cas de péritonite typhoïde par perforation, l'opération donne au malade quelques chances de salut. La difficulté est de saisir le moment opportun de l'intervention. Malgré les ulcérations intestinales, la suture de l'intestin aboutit à la cicatrisation de la perforation. L'intervention chirurgicale est donc légitime.

II. — Dans la perforation intestinale, l'élévation de la température centrale est la règle. Quand le pouls s'accélère brusquement, devient petit, serré, inégal et persiste avec ces caractères pendant plusieurs jours, il ne peut être question que d'une hémorragie ou d'une perforation.

Les cas où il y a hypothermie considérable et continue sont plus graves que ceux dans lesquels la température s'élève, et ils commandent l'abstention ou tout au moins la plus vigilante prudence. La laparotomie est surtout indiquée dans les péritonites par perforation, où la température se maintient élevée avec un pouls non déprimé et d'une fréquence moyenne. LEFLAIVE.

Fr. HAWKINS. Perforation of the gall-bladder (vésicule biliaire) in typhoïd fever (*The Lancet, p. 313, 30 janv. 1897*).

Une fille de 18 ans, au cours d'une fièvre typhoïde grave, le 7e jour, présenta de l'ictère, des hémorragies intestinales abondantes, puis une pleurésie double avec cyanose et dyspnée; elle succomba à des complications pulmonaires. A l'autopsie, on trouva la vésicule biliaire adhérente entourée d'une zone de péritonite, et portant une perforation sur sa paroi antérieure; le contenu de la vésicule était purulent; les parois étaient amincies, surtout en arrière, et dans la cavité un calcul y flottait librement.

John Harley cite un cas de perforation de la vésicule survenu chez un convalescent de fièvre typhoïde; des adhérences avaient prévenu tout épanchement, mais il s'était développé une tuméfaction épigastrique dont l'incision donna issue à de la bile colorée et à de nombreux petits calculs. L'absence de pigments biliaires dans les calculs lui fait penser que la cholestérine s'est déposée au cours de la fièvre typhoïde. P. MAUBRAC.

DEBRAY. Fréquence de l'albuminurie et de la glycosurie dans la convalescence (*Thèse de Paris, 1896*).

Interne à l'Asile de convalescence des hôpitaux de Paris (pour les hommes seulement), l'auteur a analysé l'urine de 1,000 sujets sortant des services de médecine et de chirurgie. Parmi ces 1,000 sujets, plusieurs étaient non pas convalescents mais atteints d'affections subaiguës et chroniques.

L'auteur a constaté 197 fois l'albuminurie seule, 126 fois la glycosurie seule. Dans 40 cas, il y avait sucre et albumine.

La moitié des 363 individus à urine pathologique avait souffert de maladies infectieuses. Un quart était tuberculeux. L. GALLIARD.

GLÉNARD. Caractères objectifs et diagnostic du rein mobile (*In-8°, Paris, 1896*).

Au lieu de reconnaître seulement le rein mobile du flanc, Glénard décèle par un procédé de palpation profonde le *rein mobile de l'hypochondre*. La mobilité du rein existe 3 fois sur 100 hommes et 22 fois sur 100 femmes. On la rencontre dans les maladies de la nutrition, presque exclusivemeut dans les dyspepsies, les névropathies et la lithiase biliaire.

A l'état normal, on ne peut pas atteindre le rein. Tout rein dont la palpation fait reconnaître l'abaissement sous l'influence d'un mouvement d'inspiration, quelque faible que soit l'abaissement du diaphragme, est un rein mobile, c'est-à-dire un rein dont les moyens de fixation sont insuffisants. C'est pendant les mouvements d'inspiration qu'on réussit à saisir le rein par la palpation bimanuelle : l'une des mains fixe le plan postérieur à l'aide des quatre doigts, tandis que le pouce déprime la paroi antérieure de l'abdomen au-dessous du siège présumé du rein mobile; l'autre main déprime la paroi antérieure en dedans du rein mobile.

Le rein mobile est indolent lorsqu'il ne présente pas d'altération.

L. GALLIARD.

MACAIGNE. Étude sur la néphrite coli-bacillaire d'origine sanguine (*Archives de méd., déc. 1896*).

Le colibacille amené dans le rein par la circulation sanguine peut, tantôt produire de simples lésions épithéliales avec émission de cylindres par les urines, tantôt provoquer une diapédèse qui aboutit à la formation de petits abcès miliaires, avec émission de leucocytes dans les urines. Les embolies microbiennes se trouvent soit dans les vaisseaux des glomérules, soit dans les vaisseaux intra-tubulaires, soit dans les tubes eux-mêmes. La néphrite épithéliale revêt la forme de la néphrite aiguë banale parenchymateuse, avec tous ses degrés de gravité. L'autre a une marche plus ou moins rapide et offre le tableau de la néphrite suppurée primitive ou de la pyélonéphrite. H. L.

I. — ARNOZAN. Le pronostic des albuminuries (*Bull. méd., 15 août 1896*).

II. — TALAMON. Même sujet (*Ibid., 19 août 1896*).

I. — Outre les peptones et propeptones, en fait d'albuminoïdes on trouve dans les urines de la sérine, de la globuline, de la nucléo-albumine. On ignore s'il n'en existe pas d'autres variétés dont chacune correspondrait à un processus pathologique spécial. L'albumine peut se trouver dans l'urine d'individus présentant les apparences de la santé, mais elle ne fait pas partie de l'urine normale.

L'élimination d'albumines anormales par le rein, fonction tutélaire, dépuratoire, n'est nullement démontrée.

L'albuminurie est un symptôme infidèle, qui renseigne mal sur l'étendue et la profondeur des lésions ; le pronostic dépend de l'état de la fonction rénale et non de la dose de l'albumine. L'albuminurie témoigne cependant d'un trouble vasculaire ou nutritif du rein et à ce point de vue ce n'est pas un signe sans importance.

Survenant au cours des fièvres graves, elle en aggrave le pronostic, même lorsqu'il n'existe pas de néphrite. Elle complique la plupart des empoisonnements et même l'usage prolongé de beaucoup de remèdes, mais on connaît mal le pronostic de ces albuminuries toxiques.

L'albuminurie cyclique ne mérite pas le nom d'entité morbide.

L'albuminurie minima est, soit le reste d'une néphrite infectieuse, soit le début latent d'un mal de Bright, soit la manifestation d'une auto-intoxication. Une auto-intoxication très aiguë peut amener une néphrite aiguë, qui évolue ensuite pour son propre compte, mais les auto-intoxications chroniques et légères ne cessent de gouverner les albuminuries qu'elles provoquent, et celles-ci peuvent guérir quand leur cause pathogénique cesse, à moins que le trouble de la sécrétion urinaire n'ait duré trop longtemps.

On peut recevoir par hérédité des reins défectueux, prêts à succomber au premier choc.

L'albuminurie, complétant le diabète, ne l'améliore pas, mais peut le remplacer ; plus elle est accentuée, plus le pronostic est grave.

II. — Il n'existe pas d'albuminurie physiologique ni fonctionnelle.

Mais la fréquence de l'albuminurie est telle que ce symptôme n'a aucune valeur pronostique propre. C'est aux conditions extrinsèques qui le provoquent, l'accompagnent ou le compliquent qu'il faut demander les éléments d'appréciation du pronostic.

Ces éléments sont :

1° les caractères de l'albuminurie, son taux, sa constitution chimique, ses variations ;

2° la composition de l'urine, sa densité, sa teneur en eau, sels, éléments figurés ;

3° les conditions étiologiques ou pathogéniques de l'albuminurie ;

4° les conditions individuelles et l'état général du sujet ;

5° les phénomènes associés ou connexes en rapport avec la lésion rénale.

LEFLAIVE.

MAUREL. Albuminurie des arthritiques (*Bull. méd., 16 août 1896*).

L'albuminurie arthritique isolée relève des mêmes causes que l'obésité et le diabète, dont les principales sont l'hérédité et la suralimentation. Son pronostic est léger. Son traitement consiste surtout dans le dosage de l'alimentation. Apparaissant sous l'influence de la suralimentation et disparaissant avec elle, il faut la considérer comme un moyen de défense de l'organisme.

LEFLAIVE.

Maurice CASTETS. Pathogénie de la néphrite aiguë « a frigore » (Étude expérimentale et critique) (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

L'auteur, après avoir énuméré et groupé les diverses théories invoquées, rejette d'abord la théorie nerveuse qui place dans une congestion réflexe l'origine de la néphrite. Pourquoi en effet ne trouverait-on pas, au cours des congestions d'origine cardiaque ou après la ligature de la veine rénale des lésions analogues à celles de la néphrite « a frigore » ?

L'action directe du froid sur le rein ne saurait être mise en cause. Cet organe est trop bien protégé.

Ce n'est pas non plus la suppression de la sueur qu'il faut incriminer. Ce liquide n'est pas assez toxique, et le froid supprime une trop faible portion de la sécrétion quotidienne.

Pour l'auteur, la néphrite « a frigore » est une néphrite toxique. Les extraits faits avec les viscères et les muscles des animaux refroidis expérimentalement sont en effet beaucoup plus toxiques que les extraits provenant d'animaux témoins. Les causes de cette intoxication sont multiples :

a) Sous l'influence du froid il y a exagération des produits de désassimilation.

b) Il y a destruction rapide des globules ainsi que le prouve l'examen du sang et l'on sait combien sont toxiques les globules morts.

c) Les fermentations intestinales doivent être incriminées. La résorption des gaz intestinaux, tout en jouant un rôle, puisqu'on diminue la toxicité des extraits en faisant ingérer aux animaux en expérience du charbon qui les absorbe, est peu importante. D'autres produits : indol, skatol, doivent

être plus incriminés ; la présence de l'indican est constante dans l'urine des animaux refroidis.

d) Enfin la cellule hépatique est constamment lésée et ne remplit plus son rôle d'arrêt vis-à-vis des poisons.

Peut-être enfin la néphrite « a frigore » est-elle en même temps une néphrite microbienne. Sous l'influence du froid qui paralyse la phagocytose, les microbes passent de l'intestin dans la circulation ; puisque le sang des animaux, stérile avant le refroidissement, donne des cultures après. On retrouve du reste dans le rein et le foie les mêmes microbes que dans le sang ; ce passage de microbes dans la circulation est évité par l'antisepsie intestinale (benzo-naphtol).

Mais pour que ces causes agissent, une prédisposition est nécessaire, et l'éclosion d'une néphrite « a frigore » se trouve le plus souvent sous la dépendance « d'une méiopragie fonctionnelle du foie, du rein ou de l'intestin ». DONNADIEU.

RANKE. Zur Scharlachdiphtherie (*Münch. med. Woch., p. 1005, 20 oct. 1896*).

A Munich, dans 65 0/0 des cas de scarlatine il existe des dépôts diphtériques dans le pharynx. Sur ces cas, 53 0/0 sont pourvus du bacille diphtérique ; 38,8 0/0 ont seulement le streptocoque. Cette fréquence du streptocoque dans la scarlatine, comparativement à la diphtérie vraie, est caractéristique et se rencontre aussi bien dans les formes graves que dans les formes lacunaires de la diphtérie scarlatineuse. Cette diphtérie secondaire à streptocoques peut atteindre le larynx comme la diphtérie primitive. Plus la diphtérie se produit tard dans le cours de la scarlatine, plus elle se rapproche de la diphtérie primitive au point de vue bactériologique, la fréquence de la diphtérie à streptocoques diminue et celle de la diphtérie à bacilles augmente. A cause de la fréquence relative de la diphtérie bacillaire post-scarlatineuse les injections de sérum doivent être employées. C. LUZET.

Paul ROGER. Essai sur la diphtérie toxique (*Thèse de Paris, 1897*).

La diphtérie toxique revêt deux formes : *a*) forme suraiguë, hypertoxique, presque toujours fatale, caractérisée par la prédominance des phénomènes d'intoxication sur les accidents locaux ; *b*) forme toxique, dans laquelle les symptômes sont assez analogues, mais d'une durée plus longue et permettant le développement et l'extension des fausses membranes, avec cette particularité presque constante que le larynx reste presque toujours épargné.

Ces formes ne sont pas épidémiques ni contagieuses dans leur mode, c'est-à-dire qu'elles peuvent engendrer des formes bénignes ou résulter de la contagion de ces dernières. Elles s'observent de préférence chez les débilités physiques ou pathologiques.

D'après les recherches de R., l'examen bactériologique ne peut donner aucune indication sur la marche et la terminaison de la maladie et l'action du sérum est nulle dans la forme hypertoxique. Observations recueillies dans le service de Variot. A. CARTAZ.

Gordon SHARP. The soil in relation to diphtheria and its organism (*Brit. med. J., p. 442, 22 août 1896*).

De ce mémoire très travaillé, Gordon Sharp tire les conclusions suivantes :

1° La diphtérie est endémique dans certains districts. Les sols riches en détritus organiques sont à coup sûr plus dangereux que les autres ; mais c'est surtout le sous-sol qui a de l'importance. Avec un sous-sol poreux, le danger diminue beaucoup ; avec un sous-sol imperméable, il peut se produire, à certaines périodes de l'année, des conditions favorables à la germination microbienne ;

2° Les sols susceptibles de favoriser l'éclosion du bacille diphtérique peuvent être rendus inoffensifs au moyen de drainages bien faits ;

3° L'aération du sol est une circonstance favorable, mais d'importance secondaire.

Il semble y avoir une connexion assez étroite, au moins en Angleterre, entre la fièvre typhoïde, la scarlatine et la diphtérie, au point de vue de la dissémination des germes. Toutefois, à mesure que l'eau se purifie, la fièvre typhoïde diminue, et la diphtérie semble plutôt augmenter. L'auteur en conclut que l'immersion temporaire dans l'eau est fatale au microbe de la diphtérie, tandis qu'elle favorise la pullulation du germe typhique, tous deux vivant dans les eaux de vidange. Un sol plutôt humide que détrempé semble être le terrain de prédilection de la diphtérie.

H. R.

EONNET. Rechute et récidive de la rougeole (*Gaz. hebd. Paris, 29 oct. 1896*).

Dans une forte épidémie de rougeole observée à la campagne, l'auteur a constaté 4 cas de rechute bien caractérisés. Entre la première et la seconde éruption, l'intervalle n'a jamais été de plus de 20 jours.

Sur 1,500 malades, dont 300 observés sérieusement, il a compté 122 cas de récidive. La première rougeole remontait à 4 ans ou à 13 ans (épidémies antérieures). Un adulte de 25 ans a eu une rougeole grave pour la troisième fois.

LEFLAIVE.

DUNBAR. Zur Differentialdiagnose zwischen den Choleravibrionen und anderen denselben nahestehenden Vibrionen (*Zeitschr. f. Hyg., XXI, et Hyg. Rundsch., VI, n° 15, p. 735, 1er août 1896*).

Dunbar a reconnu toute la valeur diagnostique de la réaction d'immunité spécifique de Pfeiffer pour distinguer les vibrions cholériformes, si nombreux dans les eaux, du véritable vibrion cholérique. Le sérum cholérique reste absolument inerte en présence de ces micro-organismes aquatiques. En outre, parmi les vibrions aquatiques, les phosphorescents ne sont pas influencés par le sérum des animaux immunisés contre les non-phosphorescents.

J. B.

ACHARD et BENSAUDE. Séro-diagnostic du choléra asiatique (*Presse méd., 26 sept. 1896*).

Les auteurs ont examiné le sérum sanguin de 11 cholériques égyptiens, sérum recueilli aseptiquement et expédié en bon état de conservation.

10 fois ils ont constaté l'agglutination des cultures du vibrion cholérique ; 2 fois au 1er jour de la maladie, 4 fois au 2e jour, 3 fois au 3e jour, 1 fois au 4e jour. Le cas négatif concerne un sujet dont le sang a été pris le 3e jour et qui a succombé ce jour-là. Les déjections de plusieurs des malades qui ont fourni le sérum ont été examinées ; elles contenaient le vibrion cholérique.

Dans le sérum de 15 malades atteints d'affections diverses et d'un sujet bien portant, aucune agglutination des vibrions. L. GALLIARD.

Olaf FRICH. Cas de zona cervical compliqué de paralysie totale du nerf facial (*Norsk. Magazin, nov. 1896*).

Homme de 75 ans, atteint de zona intéressant le côté droit du cou et de la face, dans la région inférieure du pli cervical (n. petit occip., grand auriculaire, sous-cutanés du cou, sus-claviculaires). Au bout de 10 à 12 jours, au cours d'une des crises douloureuses, survint une paralysie totale du nerf facial du même côté. La galvanisation prolongée pendant 2 à 3 semaines eut raison de la paralysie et des douleurs. H. FRENKEL.

ACHARD. Un cas de parotidite saturnine (*Soc. méd. des hôp., 11 déc. 1896*).

Il s'agit d'un homme profondément intoxiqué par le plomb, qui a vu débuter, il y a un an, une parotidite droite indolore; puis, 3 mois après, une parotidite gauche; cette parotidite se fait par poussées. Elle consiste en un gonflement mollasse, rénitent, qui augmente souvent beaucoup après les repas ; par exception, chez ce malade, la tuméfaction est devenue un peu douloureuse à la pression ou pendant la mastication. Une stomatite intense semble avoir été la cause de la dernière poussée de parotidite.

Achard fait observer qu'au cours d'une parotidite saturnine, l'usage de l'iodure de potassium peut amener une poussée d'accroissement considérable.

Chauffard a vu un cas analogue chez un garçon, tourneur en limaille de cuivre, et incrimine l'intoxication cuprique. H. L.

LÖWENTHAL. Die Recurrensepidemie zu Moskau (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVIII, p. 401*).

L'épidémie a donné, dans les 12 mois de 1894, 634 malades (519 hommes et 115 femmes); le nombre des accès fut de 1 sur 36 0/0, de 2 dans 28 0/0, de 3 dans 32 0/0 et de 4 dans 3 0/0 des cas. Au point de vue des symptômes, l'examen du sang fut négatif dans 23,5 0/0 des cas. Des exanthèmes divers se montrèrent dans 7,75 0/0 des cas. L'œdème malléolaire donna 12,6 0/0. L'adénite parotidienne 2,5 0/0. Les affections mono-articulaires furent un peu plus fréquentes que les polyarticulaires.

Cette épidémie fut sans influence sur la fréquence des autres typhus pendant cette année.

C. LUZET.

ASKANAZY. Der Peitschenwurm ein blutsauger Parasite (Le trigocéphale dispar, parasite suceur de sang) (*Deutsche Archiv für klin. Med.*, *LVII, p. 104, 1896*).

L'auteur démontre que le trichocéphalus dispar peut pénétrer par son avant-corps dans la muqueuse intestinale. La pigmentation brune de l'intestin de ce parasite, que l'on peut généralement reconnaître à l'œil nu, traitée par le ferrocyanure de potassium et l'acide chlorhydrique, donne une coloration bleue intense; il y a donc là du fer. Il va de soi que l'origine de ce métal ne doit pas être cherchée dans le contenu intestinal de l'homme, pauvre en fer, mais dans l'hémoglobine du sang. Par suite on ne doit pas considérer ce ver comme un scatophage.

C. LUZET.

ROUSSEAU. De la nature des psychoses choréiques (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

La chorée est une maladie infectieuse, et l'état mental, dans cette affection, peut parcourir trois étapes depuis les bizarreries du caractère et l'apathie jusqu'à la folie choréique, en passant par le délire. Le délire dans la chorée est dirigé par les hallucinations, hallucinations surtout visuelles, à forme terrifiante, dont le grand caractère est de ressembler au rêve et qui comme lui se produisent de préférence dans la période intermédiaire entre le sommeil et la veille. De plus, pas la moindre tendance à la systématisation dans le délire choréique.

Si l'on rapproche ces caractères de ceux des délires toxiques, du délire alcoolique par exemple, on peut voir qu'ils sont identiques. Or, on sait que délires toxiques et délires infectieux revêtent des formes analogues. « Le délire choréique a donc les caractères des délires infectieux ».

DONNADIEU.

Ch. FÉRÉ. Note sur l'épicondylalgie (*Revue de méd.*, *fév. 1897*).

Cette névrose ou névralgie fonctionnelle, sur laquelle Bernhardt a récemment appelé l'attention, se manifeste à propos d'un exercice professionnel, tantôt brusquement à la suite d'un effort violent, tantôt graduellement à la suite d'un travail continu. Tous les travaux, tous les exercices qui mettent en jeu les muscles épicondyliens peuvent provoquer cette douleur ; aussi la voit-on se développer dans les professions les plus diverses : elle frappe surtout les hommes et ordinairement le côté droit. Féré l'a observée huit fois à Bicêtre, sur les hommes et les femmes qui travaillent à la buanderie, soit à étendre le linge, soit à porter le linge blanchi sur leurs avant-bras fléchis en supination. Dans le premier cas, la douleur prédominante siégeait sur l'épicondyle et sur les muscles qui s'y insèrent, muscles produisant l'extension directe de la main (second radial externe, extenseur commun ; extenseur propre du petit doigt) ou l'extension avec abduction (cubital postérieur), exceptonnellement le long supinateur était pris. Au contraire, chez les malades

occupés à transporter le linge, la douleur était beaucoup plus intense au niveau de la partie antérieure de l'articulation du coude, du côté radial, et au niveau du ligament latéral externe et du ligament annulaire de l'articulation radio-cubitale. La guérison dans tous les cas a été obtenue au bout d'une quinzaine de jours environ. C. GIRAUDEAU.

H. MACKENZIE et W. EDMUNDS. Graves's disease with persistence of the thymus gland (*The Lancet, p. 380, 6 fév. 1897*).

L'association de la maladie de Graves et de la persistance du thymus a été signalée trop souvent pour n'être qu'accidentelle, et on a pensé que le goitre exophtalmique avait pour résultat d'arrêter l'atrophie physiologique du thymus, ou même de déterminer l'hypertrophie des portions qui persistaient. Mackensie communique 2 faits dans lesquels on a constaté à l'autopsie la persistance du thymus : la structure histologique en était à peine modifiée.

Ces faits ont conduit au traitement du goitre exophtalmique par le thymus : Mackensie l'a essayé dans 20 cas ; il n'a obtenu aucun résultat.

Bradford a observé 4 cas de maladie de Graves : à l'autopsie, dans les 4 cas, il a trouvé le thymus hypertrophié. P. MAUBRAC.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

I. — E. BODE. Intraperitoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda..... (Raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds dans la rétroflexion) (*Centralbl. f. Gyn., 28 mars 1896*).

II. — S. GOTTSCHALK. Die vaginale Verkürzung der Lig. sacro-uterina..... (Raccourcissement par le vagin des ligaments utéro-sacrés) (*Ibid., 18 avril 1895*).

III. — WERTHEIM et MANDL. Die Verkürzung der Lig. rotunda und der Lig. sacro-uterina mittels Cœliotomie vaginalis anterior (*Ibid., 2 mai 1896*).

I. — Bode a publié, en 1888, un procédé de raccourcissement des ligaments ronds pour guérir la rétroflexion, qui consiste à inciser le cul-de-sac antérieur du vagin et à faire sur ces ligaments des sutures disposées de façon à diminuer leur longueur.

Il réclame la priorité sur la méthode, récemment proposée par Wertheim, d'antéfixation de l'utérus au moyen de l'opération d'Alexander-Adams pratiquée par le vagin, méthode qui n'est autre que la sienne.

Il a fait trois fois cette opération dans des cas de rétroflexion avec succès.

II. — Description d'un procédé de raccourcissement des ligaments utéro-sacrés pour la cure de la rétroflexion. Gottschalk incise le cul-de-sac postérieur du vagin sur la ligne médiane, près la cavité de Douglas, et réunit les bords des deux ouvertures, vaginale et péritonéale, par des sutures provisoires. Par l'espace ainsi créé, il va à la recherche des ligaments utéro-sacrés et réunit leur extrémité postérieure ou rectale à leur extrémité antérieure ou cervicale, à l'aide de solides fils de soie. L'opération terminée et la cavité de Douglas drainée avec une mèche iodoformée, l'auteur insiste sur la nécessité de repousser l'utérus en avant à l'aide d'un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée pendant plusieurs jours.

Deux opérations ont été pratiquées par cette méthode avec succès.

III. — Il est souvent nécessaire pour guérir la rétroflexion de reporter le col en arrière, la fixation du fond de l'utérus en avant n'étant pas suffisante. Pour obtenir ce résultat, Wertheim et Mandl préconisent, comme Gottschalk, le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale. Seulement ils font leur incision dans le cul-de-sac antérieur du vagin; puis ils abaissent l'utérus et découvrent sa face postérieure; ils détruisent les adhérences s'il en existe, et suivent les ligaments de Douglas aussi loin que possible; par cette voie, ils font la réunion des extrémités rectale et cervicale de ces ligaments et les raccourcissent ainsi. Puis ils replacent l'utérus et complètent, s'il y a lieu, l'opération par le raccourcissement des ligaments ronds. Ce dernier n'est nécessaire que quand il y a en même temps du prolapsus. CH. MAYGRIER.

R. PETERSON. Treatment of pelvic suppuration by abdominal section without hysterectomy (*Amer. Journ. of obst., juill. 1896*).

Dans quel cas les suppurations pelviennes doivent-elles être attaquées par la voie abdominale?

1° Quand il y a chance de réussite en appliquant les principes de la chirurgie conservatrice;

2° Quand la suppuration est bilatérale;

3° Quand le pus fait saillie vers la cavité abdominale.

Quant à l'ablation de l'utérus et des annexes, il n'y a que quatre circonstances dans lesquelles elle soit justifiée:

1° Quand l'utérus est trop malade pour que des moyens moins radicaux puissent amener la guérison;

2° Quand les annexes sont envahies par la tuberculose;

3° Quand la séreuse qui recouvre l'utérus a été profondément lésée par l'énucléation des poches purulentes; car il y a lieu de craindre en ce cas des adhérences intestino-utérines et un étranglement interne;

4° Dans quelques cas graves de suppuration des trompes, pour pouvoir assurer le drainage vaginal. CH. MAYGRIER.

BUSCHBECK et ETTINGER. Die operative Behandlung der para- und perimetritischen Exsudate (*Archiv für Gyn.*, *L*, *2*, *p. 322*).

35 observations, recueillies dans les 8 dernières années à la Clinique de gynécologie de Dresde. La plupart des malades rapportaient leurs douleurs à des accouchements antérieurs, et leur affection durait au moins depuis 3 ou 4 mois. Le diagnostic des exsudats a été établi par l'existence de tumeurs pelviennes ou abdominales immobiles, douloureuses, en partie dures, en partie fluctuantes, s'accompagnant de poussées fébriles et affectant une marche subaiguë. L'intervention a eu lieu par le vagin ou l'abdomen, mais le plus souvent par incision de la paroi abdominale au-dessus de l'arcade crurale. Les résultats ont, en général, été bons et une seconde opération n'a été nécessaire que dans 4 cas.

Les auteurs ont fait, à l'égard des exsudats para- et périmétritiques, les deux remarques suivantes qui ont une haute importance :

1° La fièvre peut persister longtemps, sans que les exsudats contiennent de pus, et alors qu'ils ne renferment que de la sérosité : on trouve dans cette dernière des leucocytes et des streptocoques ;

2° Les exsudats, même lorsqu'ils ont déjà acquis une consistance très dure, renferment souvent encore dans leur épaisseur un noyau constitué par du pus fluide ou épais, ou par de la sérosité trouble. Tant que ce liquide n'a pas trouvé d'issue, la température oscille entre 37° et 38°,5.

Cette constatation n'est pas précisément favorable au traitement des exsudats durs et anciens par le massage. CH. MAYGRIER.

A. RICARD. Sur un procédé opératoire des fistules vésico-vaginales (*10e Congr. franç. de chir.*, *p. 927*, *1896*).

Le vagin et la vessie désinfectés, deux pinces aiguës sont fixées aux extrémités de la fistule qui est abaissée jusqu'à la vulve. On pratique alors une incision sur le tissu de cicatrice à l'union même de la muqueuse vaginale avec la vésicale, puis prenant, avec une pince à griffes, le milieu de la lèvre vaginale, on prolonge latéralement, des deux côtés, son incision, en pleine muqueuse vaginale, et facilement on dissèque cette muqueuse. On la sépare de la vessie en dédoublant la paroi, dans l'étendue d'un centimètre et demi à 2 centimètres. La même manœuvre est répétée sur la lèvre opposée, et l'on a ainsi sous les yeux un avivement en forme de cône dont le sommet tronqué est l'orifice vésical, bordé d'une muqueuse relâchée plissée et rendue flasque par la traction des lambeaux vaginaux. Cela fait, on passe des fils de suture, avec une aiguille quelconque, à la base des lambeaux, c'est-à-dire à l'angle formé par la limite du dédoublement, sans toucher à l'orifice vésical. Les fils tordus, il se forme un bourrelet vaginal faisant une large saillie dans le vagin. Au bout de 10 jours, la réunion est parfaite. 9 opérations, 7 succès immédiats, 2 échecs dus à des soins défectueux. OZENNE.

MONOD. Hydrorrée péritonéale (*Ann. de gyn.*, *déc. 1896*).

Opération d'un volumineux fibrome kystique de l'ovaire, drainage sortant par la plaie abdominale. Suites ordinaires. Au 15e jour, phlegmatia alba

dolens droite. Au 40e jour, le pédicule n'était pas encore tombé, mais il s'écoula par la plaie abdominale une quantité considérable de liquide. La malade pensait qu'elle urinait par la plaie. L'écoulement prit des proportions énormes. Il existait en 24 heures un écoulement d'un à deux litres. Cet état persista pendant 5 mois. Alors l'écoulement diminua assez notablement à l'occasion d'une congestion pulmonaire intense. Ce liquide est louche, incolore, ne contient que 1,92 0/00 d'urée, pas d'acide urique, ni indican, ni matières colorantes. 9 mois après l'opération, l'écoulement persistant, M. ouvrit de nouveau l'abdomen et constata l'intégrité des reins et des uretères. 2 mois plus tard, la situation restant la même, on fit de nouveau la laparotomie pour enlever le moignon utérin. Aucun résultat. L'écoulement du liquide se tarit spontanément 17 mois après l'opération. Il ne s'agit pas d'écoulement d'urine, mais d'un vrai écoulement hydrorréique, parce que l'émission de l'urine était normale, parce que l'écoulement ne se produisit pas immédiatement après l'opération mais 40 jours plus tard, parce que le liquide n'a aucun des caractères de l'urine : petite quantité d'urée, pas d'acide urique, pas d'odeur et enfin pas de passage de médicaments tels que l'acide salycilique et l'iode qu'on retrouvait si facilement dans l'urine alors qu'ils faisaient défaut dans le liquide, parce que l'écoulement cessa spontanément.

Ce phénomène a été observé par d'autres gynécologues, Pozzi, Bouilly, Segond. PORAK.

LEGUEU et MARIEUS. Les éléments glandulaires dans les fibro-myomes de l'utérus (*Ann. de gyn., fév. 1897*).

Les auteurs ont constaté après Hauser, Schottlaender, Recklinghausen, etc., la présence d'éléments glandulaires dans les fibromes de l'utérus. Coblentz, Fischel, Klein, Recklinghausen, après avoir constaté l'existence de restes du corps de Wollf dans la paroi utérine, pensent avec Dieterweg que c'est à cette origine qu'il faut rapporter la présence des éléments glandulaires des corps fibreux. Telle n'est pas l'opinion de Schroeder, de Schottlaender, à laquelle se rallient les auteurs qui pensent, en s'appuyant sur les caractères histologiques et sur le processus de la lésion, que ces éléments glandulaires appartiennent aux glandes mêmes de l'utérus. Dès lors, les corps fibreux seraient originellement un résultat de l'inflammation de la muqueuse. Les glandes s'entoureraient d'éléments cellulaires jeunes, qui se transforment ultérieurement en éléments fibreux et qui, en se développant davantage, peuvent étouffer et faire disparaître les éléments glandulaires. Mais dans d'autres cas, ces éléments glandulaires se développent abondamment et ainsi s'explique la transformation assez rare du fibrome en fibro-kystome, plus rare encore du fibrome en cancer.

Observations et examens histologiques à l'appui. PORAK.

H. CRIPPS. Abdominal hysterectomy with intraperitoneal treatment of the stump (pédicule) (*Transact. of the obst. Soc. London, p. 41, 1896*).

S'appuyant sur 8 faits personnels, Cripps considère que l'ablation des fibromes de l'utérus est indiquée dans les cas suivants : 1° quand il y a hémorragie grave, impossible à arrêter par un autre mode de traitement et quand l'ovariotomie est impossible ; 2° quand il y a des phénomènes sérieux de compression sur la vessie et le rectum ; 3° quand les

douleurs et le volume de la tumeur rendent à la malade la vie insupportable.

Le traitement intrapéritonéal du pédicule a donné à l'auteur les meilleurs résultats. Cependant ce mode de traitement expose davantage à la péritonite, probablement à cause de l'infection qui peut venir par le vagin. Pour parer à ce danger, Cripps fait faire des injections vaginales au sublimé avant l'opération, et il a soin de recouvrir exactement le pédicule avec le péritoine.

Chez les 8 femmes qu'il a opérées, il a employé cette méthode. 7 ont guéri; la 8e, infectée par la voie vaginale, a succombé à la septicémie.

CH. MAYGRIER.

G. BURCKARD. Zur Genese..... (Sur la genèse d'un kyste multiloculaire de l'ovaire) (*Archiv f. path. Anat.*, *CXLIV*, *3*).

Burckhard décrit la structure d'un kyste multiloculaire de l'ovaire, dont les parois sont formées par du tissu conjonctif, des fibres musculaires lisses et revêtues intérieurement par une couche de cellules cylindriques, tapissées de cils vibratiles. Nulle part, il n'existait plus trace de la couche corticale de l'ovaire et les fibres musculaires de cet organe étaient le siège d'une multiplication et d'une hypertrophie notables.

Burckhard pense que ce kyste multiloculaire aurait pris naissance pendant la période embryonnaire aux dépens des tubes de Pflüger, qui se seraient étranglés, non pas à la suite d'une multiplication active de l'épithélium, mais par la prolifération du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses de l'ovaire.

ÉD. RETTERER.

A. SOKOLOFF. Ueber den Einfluss der Ovarien-Exstirpation auf Strukturveränderungen des Uterus (Influence de l'ablation des ovaires sur la structure de l'utérus (*Archiv f. Gyn.*, *LI*, *p. 2*, *p. 286*).

Des recherches pratiquées chez des chiennes, auxquelles il a fait subir la castration simple ou double, et qu'il a sacrifiées ultérieurement, ont permis à Sokoloff de constater les altérations utérines consécutives à l'ovariotomie. L'ablation d'un seul ovaire ne modifie nullement l'utérus.

La castration double n'amène aucun changement dans la muqueuse; mais la musculeuse subit une atrophie marquée; les fibres musculaires diminuent de volume et de longueur, et il se fait une hypertrophie conjonctive dans leur intervalle.

Cette atrophie de l'utérus résulte de deux causes: d'une part, de la suppression des ovaires qui sont un centre nerveux régulateur de la nutrition de l'utérus; d'autre part, de l'inertie fonctionnelle à laquelle est condamné cet organe, par suite de la disparition des règles et de l'impossibilité de toute grossesse.

CH. MAYGRIER.

I. — Leopold LANDAU. Zur Behandlung von Beschwerden der natürlichen und anticipirten Klimax mit Eierstockssubstanz (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 25*, *22 juin 1896*).

II. — M. MURET. De l'organothérapie par l'ovaire (*Revue méd. Suisse romande*, *XVI*, *n° 7*, *juill. 1896*).

I. — L. Landau conclut que le tissu ovarien administré à l'intérieur

n'occasionne pas de phénomènes concomitants fâcheux et fournit le moyen d'atténuer et même de guérir les troubles (plus spécialement les vapeurs et bouffées congestives) de la ménopause naturelle ou artificielle.

Les ovaires de vaches et de truies sont desséchés 12 heures à la température de 60 à 70°; on y introduit un excipient inerte pour préparer des tablettes contenant chacune cinq décigrammes de substance sèche.

II. — Muret a employé tantôt un extrait glycériné contenant 1 gramme de substance ovarique sur 5 de glycérine, en injections sous-cutanées, à la dose de 50 centigrammes par jour, tantôt des pastilles comprimées préparées par dessiccation de l'ovaire (de jeunes vaches). Ces pastilles contiennent 25 ou 30 centigrammes d'ovaire et ont été administrées à raison de 2 ou 3 par jour.

Le présent mémoire renferme 21 observations résumées de malades soumises à l'organothérapie, à savoir : 12 femmes ayant des troubles de la ménopause physiologique ou de celle consécutive à l'ovariotomie. 5 offrant des accidents nerveux divers en rapport avec des désordres de menstruation et 4 jeunes filles atteintes de chlorose.

Parmi les troubles de la ménopause, l'efficacité de l'ovarine s'est montrée principalement sur les vapeurs et l'irritabilité de la vessie; en revanche, chez une neurasthénique simple à vessie irritable, la médication a échoué. Les 4 chlorotiques ont présenté une augmentation plus rapide de l'hémoglobine pendant l'usage de l'ovarine que durant la période expectante. Chez plusieurs femmes, l'ovarine a paru favoriser le retour des règles. Elle a toujours été bien supportée et n'a donné lieu à aucun accident.

Muret émet l'idée qu'il y aurait lieu d'essayer l'ovarine dans l'ostéomalacie (vu les bons effets de la castration) et dans le goitre exophtalmique.

J. B.

MOND. Weitere Mittheilungen über die Einverleibung..... (Sur l'ingestion de substance ovarienne pour le traitement des troubles menstruels naturels ou artificiels) (*Münch. med. Woch., p. 837, 8 sept. 1896*).

Les troubles dus à l'atrophie des ovaires et que l'on rencontre aussi dans les cas d'hypoplasie des organes génitaux internes de la femme sont tenaces et peuvent avoir sur l'organisme un profond retentissement. Leur durée est très variable .Après les opérations, la cessation des règles provoque des troubles qui durent plusieurs mois. L'administration interne de l'ovarine est donc utile dans ces cas. L'auteur conseille de donner d'abord pendant 10 à 15 jours de fortes doses d'ovarine et de continuer ensuite pendant longtemps son administration à petites doses. L'auteur annexe à son travail 6 observations de menstruation artificielle, 2 d'aménorrée, et 4 de menstruation naturelle, ainsi traités. C. LUZET.

JACOBS. De l'opothérapie ovarienne (*La policlin. Bruxelles, 1er déc. 1896*).

L'auteur rapporte les observations détaillées ou résumées de 50 malades traitées par l'opothérapie ovarienne. Chez ces malades il s'agissait de troubles de la ménopause naturelle et opératoire, de chloro-anémie, de troubles nerveux divers en rapport avec des désordres menstruels.

L'extrait d'ovaire a été donné en suspension dans du vin à la dose de 20 centigrammes par jour.

Les résultats ont été les suivants : disparition ou amendement considérable des symptômes pénibles de la ménopause naturelle, des troubles consécutifs aux opérations (ablation des organes génitaux) ; amélioration rapide et constante chez les chlorotiques et les dysménorréiques, de même que chez toutes les malades en ce qui concerne l'état général ; disparition des métrorragies de la ménopause non liées à une lésion néoplasique. Action manifeste rapide de l'extrait sur le système nerveux général. OZENNE.

P. PETIT. De l'emploi de l'eau oxygénée pour l'hémostase intra-utérine (*France méd., 13 nov. 1896*).

L'eau oxygénée provoque immédiatement la coagulation du sang, en activant la précipitation de la fibrine, et sans détruire les éléments figurés du sang et les tissus. D'autre part, c'est un excitant des fibres lisses.

Pour l'hémostase intra-utérine on introduit d'un coup, jusqu'au fond de l'organe, une tige garnie de ouate et trempée, sans être essorée, dans de l'eau oxygénée à 12 v. L'hémostase ainsi obtenue est assez persistante. LEFLAIVE.

Max CARRIÈRE. Les causes de l'incapacité maternelle (*Thèse de Paris, 1896*).

Etude de l'influence pernicieuse de l'hérédité alcoolique, syphilitique, tuberculeuse, consanguine., etc. C. la compare aux expériences consistant en injection sous-cutanée de toxines chez des femelles grosses (exp. de Charrin et Gley) et aboutissant à la procréation de petits rachitiques monstrueux ou d'avortons. PORAK.

P. BUDIN. Femmes en couches et nouveau-nés : recherches cliniques et expérimentales (*In-8° 611 p. Paris, 1897*).

L'activité scientifique de Budin ne se lasse pas. L'ouvrage important qu'il publie aujourd'hui fait suite au travail qu'il a publié en 1885, ayant pour titre : *Obstétrique et gynécologie*. Comme ce dernier, il réunit les nombreuses publications et les nombreuses communications de l'auteur depuis 1885. Ce sont pour la plupart d'anciennes connaissances. La multiplicité des sujets qui y sont traités échappe à l'analyse. Parmi les chapitres qui n'ont pas été publiés, je signale ceux qui ont trait aux latérocidences du cordon, aux nourrices enceintes, au service des enfants débiles, année 1895, à la réponse à quelques critiques adressées par Tarnier à la commission de l'Académie et à son rapporteur.

Parmi les 58 chapitres dont se compose le livre, citons en particulier ceux qui ont trait à l'allaitement et à l'hygiène des nouveau-nés (ils comprennent plus de cent pages), ceux qui se rapportent au forceps, au levier préhenseur et à la symphyséotomie.

L'éditeur n'a rien négligé. Les illustrations sont faites avec un soin et un luxe tout particuliers. Il existe dans le texte 146 figures, dont plusieurs sont tirées en couleur. Celles qui représentent en deux couleurs les modifications survenues aux bassins, en particulier aux bassins oblique-ovalaire du fait de la symphyséotomie et de l'ischio-pubiotomie, rendent très nettes les modifications survenues dans les dimensions pelviennes du fait de l'opération. PORAK.

K. HEIL. Untersuchungen über die Körpergevichts Verhältnisse normaler Wöchnerinnen (Recherches sur le poids des femmes en couches) (*Arch. f. Gyn.*, *LI*, *1*, *p. 18*).

Ce travail est le résumé de recherches ayant porté sur 100 accouchées bien portantes et placées dans les mêmes conditions hygiéniques.

Les femmes en couches subissent une perte de poids qui a été évaluée, en moyenne, par Glassner à $4^{kg},57$ et par Kleinwächter à $2^{kg},81$. Heil est arrivé à un chiffre un peu inférieur : $2^{kg},29$, le poids moyen du corps des femmes en expérience étant de $55^{kg},46$.

Cette diminution de poids est surtout marquée le premier jour des couches, moindre les jours suivants. Elle se prolonge jusqu'au 4e jour; puis il se fait une augmentation progressive, si bien que le 7e jour, le poids est redevenu égal à celui du 3e; du 8e au 10e jour, il y a une augmentation de poids réelle, qui fait place vers le 11e à une nouvelle diminution.

La diminution de poids est surtout sensible chez les femmes qui allaitent et chez les secondipares. Elle est d'autant plus grande que le poids initial de la femme était plus élevé. Enfin, cette diminution est réduite à son minimum chez les femmes jeunes.

Il faut rechercher la cause de ces modifications du poids des accouchées dans l'abondance plus grande de la sécrétion urinaire, dans l'écoulement lochial et l'établissement de la sécrétion lactée. La perte de poids est physiologique dans ces conditions, mais, si elle est exagérée, un traitement spécial doit être institué pour la combattre. CH. MAYGRIER.

Ch. VINAY. De l'œdème aigu du poumon dans les cardiopathies de la grossesse (*Lyon méd.*, *1er nov. 1896*).

D'après V, l'œdème du poumon et les accidents dyspnéiques qu'on peut observer chez les cardiaques au cours de la grossesse, tiennent à l'état du rein; c'est l'albuminurie qui est la cause de l'œdème congestif, la lésion cardiaque n'étant qu'une cause adjuvante.

Le traitement doit combattre le fonctionnement vicieux du rein et les accidents congestifs : saignée, révulsifs, injections d'éther, injections de strychnine, enfin évacuation de l'utérus par les moyens les plus rapides. 2 observations suivies de mort. A. CARTAZ.

I. — PINARD et SEGOND. Gastro-laparotomie suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail et à terme, ayant un rétrécissement extrême du bassin (*Annales de gyn.*, *fév. 1897*).

II. — VARNIER et DELBET. Rétroflexion complète de l'utérus gravide; obstruction pelvienne par un fibrome adhérent : hystérectomie abdominale totale (*Ibid.*, *fév. 1897*).

— Ch. MONOD. Fibromes utérins, grossesse : hystérectomie abdominale totale (*Ibid.*, *fév. 1897*).

Chacun de ces mémoires rapporte un cas de grossesse compliquée où la laparotomie fut suivie de l'hystérectomie totale. Nous ne pouvons ici que donner les résultats statistiques de cette opération rapportés dans le mémoire de Varnier et Delbet.

Cette opération a été pratiquée 27 fois. On en attribue à tort le mérite à Bischoff. La première opération de ce genre a été en réalité faite quelques mois auparavant, en 1879, par Schrœder.

Les résultats sont les suivants, l'opération ayant été exécutée :

Pour cancer du col.....	11 fois avec	4 guérisons et	7 morts.
Pour fibromes.....	7	6	1
Pour bassins rétrécis.....	8	7	1
Pour tumeur intra-ligamentaire	1	1	0

On conçoit que le pronostic en soit plus sérieux dans le cas de cancer et dans le cas de fibrome.

Les interventions de choix pendant la grossesse.....	5 fois,	3 guérisons,	2 morts.
Les interventions de nécessité pendant le travail.....	6	1	5

Il faut d'ailleurs faire remarquer que les mauvais résultats observés s'expliquent, d'une part, parce que quelques opérations déjà anciennes ont été faites dans la période pré-antiseptique et, d'autre part, parce que quelques autres ont été pratiquées dans de très mauvaises conditions. Dans le cas de fibrome les résultats sont d'autant meilleurs que la grossesse était moins avancée, 5 opérations, 5 guérisons avant le septième mois; 3 opérations, 2 guérisons à terme. PORAK.

I. — BECKMANN. Zur Complication der Gravidität und Geburt mit Collumkrebs (De la grossesse et de l'accouchement compliqués de cancer du col) (*Zeitschr. f. Geburt. u. Gyn.*, *XXXIV*, *1*, *p. 51*).

II. — G.-H. NOBLE. One hundred and sixty-six (166) cases of cancer of the pregnant uterus..... (*Americ. j. of obst.*, *juin 1896*).

I. — Beckmann rapporte d'abord l'observation d'une femme de 47 ans, multipare, atteinte de cancer du col, qu'il a opérée à 7 semaines de grossesse environ. Après avoir enlevé le néoplasme avec la curette et fait une cautérisation au thermocautère, il a pratiqué l'ablation de l'utérus gravide par le vagin. 2 mois et demi plus tard, il n'y avait pas de récidive.

L'auteur étudie ensuite l'influence du cancer sur la fécondation et sur la marche de la grossesse et arrive au traitement.

Traitement pendant la grossesse. — Dans les quatre premiers mois,

le traitement de choix est l'hystérectomie vaginale. Il cite 17 opérations avec 17 guérisons.

Quand la grossesse est plus avancée, on doit baser le traitement sur l'état de la mère: ou bien le cancer est opérable, c'est-à-dire que toutes les parties malades peuvent être enlevées, ou bien il est inopérable. Dans le premier cas, on doit prendre en considération la vie de la mère avant celle de l'enfant. Dans le deuxième, on doit, au contraire, sauvegarder avant tout l'enfant. Voyons ces deux cas.

1° *Cancer opérable.* — L'utérus étant trop volumineux pour être enlevé par le vagin avec son contenu, on peut recourir à deux procédés: provoquer l'avortement ou l'accouchement, et faire ensuite l'hystérectomie vaginale, ou bien faire l'ablation totale, suivant la méthode de Freund, par l'abdomen.

Le premier procédé, préconisé par Olshausen, est moins dangereux, mais il expose plus à l'infection, à cause de la lenteur avec laquelle le travail se déclare souvent quand on le provoque artificiellement.

Le deuxième procédé peut être exclusivement abdominal ou abdomino-vaginal. Dans ce dernier cas, on enlève d'abord le col par le vagin, puis on fait l'ablation du corps par la laparotomie. Sur 12 cas d'extirpation totale avec grossesse avancée, il y a eu 4 morts.

2° *Cancer inopérable.* — Dans l'intérêt de l'enfant, on doit préférer l'opération césarienne à l'accouchement opératoire par les voies naturelles.

Traitement pendant le travail. — Beckmann a relevé 22 accouchements spontanés à terme, qui ont donné 14,5 0/0 de mortalité maternelle et 25 0/0 de mortalité fœtale, et 37 accouchements opératoires.

Ces 37 cas comprennent 10 ablations de la tumeur pendant le travail avec 6 applications de forceps consécutives, 8 applications de forceps sans autre opération, 4 incisions du col, 5 versions, 10 perforations., La mortalité maternelle a été 29,7 0/0 et celle des enfants 45,4 0/0. D'autre part, dans 41 cas, on a fait l'ouverture du ventre: 22 césariennes, 12 opérations de Porro, 7 ablations totales. La mortalité maternelle a été 43,7 0/0, la mortalité fœtale 21,8 0/0.

En résumé, quand on compare les résultats obtenus, d'une part avec l'accouchement par les voies naturelles, d'autre part avec la laparotomie, on voit que, pour les mères, l'accouchement par les voies naturelles donne 29,7 0/0 de mortalité et la laparotomie 43,7 0/0; tandis que, pour les enfants, la proportion est inverse: mortalité de 45,4 0/0 avec l'accouchement par les voies naturelles et de 21,8 0/0 avec la laparotomie.

La conclusion est que, si le cancer est inopérable et la mère condamnée fatalement, il vaut mieux faire la césarienne et sauver au moins l'enfant.

II. — De l'examen de 166 observations de cancer de l'utérus gravide, recueillies depuis 1886, c'est-à-dire depuis la publication de la thèse de Bar, Noble arrive aux conclusions suivantes relativement au traitement :

L'hystérectomie vaginale doit être pratiquée dans les premiers mois de la grossesse ou pendant les suites de couches, quand il y a un espoir sérieux pour la vie de la mère.

Dans ces mêmes conditions, l'hystérectomie abdominale sera préférée

si l'utérus est trop volumineux pour pouvoir être enlevé rapidement et sûrement par le vagin.

L'opération césarienne est indiquée à la fin de la grossesse, quand l'intérêt de l'enfant est seul en jeu.

L'opération de Freund est admissible si la maladie est bien localisée à l'utérus et si l'enfant est viable.

Dans les cas douteux, on peut recourir aux incisions du col et à l'accouchement rapide, à la condition que ces incisions ne portent pas sur des tissus infiltrés de cancer.

Comme l'enfant n'a guère qu'une chance de vivre contre quatre, et comme la mère en a au moins autant de guérir dans les premiers temps de la maladie, il n'est pas permis de sacrifier l'intérêt de la mère à celui de l'enfant.

D'autre part, si les chances de sauver la mère sont manifestement nulles, on interviendra dans le but de sauver l'enfant, dans les derniers mois de la grossesse. CH. MAYGRIER.

I. — STRASSMANN. Zur Kenntniss der Schwangerschafts und Geburtsverlaufes bei antefixirten Uterus (Grossesse et accouchement après hystéropexie) (*Archiv. f. Gyn., L. 3, p. 473, 1896*).

II. — WERTHEIM. Ueber Verlauf von Geburt und Schwangerschaft bei vaginofixirten Uterus (Grossesse et accouchement après la vagino-fixation de l'utérus) (*Centralbl. für Gyn., 11 janv. 1896*).

III. — RÜHL. Ueber die Behandlung der Geburtsstörungen nach vaginaler Fixation (*Ibid., 8 fév. 1896*).

IV. — GUÉRARD. Köliotomie bei Geburtsstörung nach Ventrifixur (Cœliotomie pour dystocie après ventro-fixation) (*Ibid., 18 mai 1896*).

I.—Si la grossesse et l'accouchement n'offrent d'ordinaire rien d'anormal après l'opération d'Alexander, il n'en est plus de même quand l'utérus a été fixé à la paroi abdominale ou au vagin. On a signalé, dans ces cas, des menaces d'avortement, un développement irrégulier de l'utérus, la déviation du col en arrière, les mauvaises présentations.

Strassmann rapporte deux faits. Dans l'un, il y eut élévation du col en arrière, rupture prématurée des membranes avec chute du cordon, présentation du tronc : la version dut être pratiquée et fut très pénible. Il y eut une hémorragie post-partum.

Dans l'autre, la femme eut de même une rupture prématurée des membranes avec procidence du cordon et présentation de l'épaule. De plus, elle fut prise d'éclampsie. La tétanisation utérine et l'élévation du col rendant l'accouchement impossible par les voies naturelles, l'auteur fit l'opération de Porro. La femme succomba.

II.—Femme enceinte pour la seconde fois, ayant subi avant la grossesse actuelle une colpohystéropexie. Dès que l'utérus augmenta de volume, la partie du vagin où adhérait le fond de l'utérus fut attirée en haut, de sorte qu'il se forma une sorte d'entonnoir sur la face antérieure du vagin. En même temps le col se reporta en arrière et finit par dépasser le promontoire et devenir à peine accessible à deux doigts. Dans ces conditions, le travail se déclara à terme et l'accouchement traîna en longueur. On dut pratiquer sous le chloro-

forme la version de Braxton-Hicks, et on abaissa un pied dans le vagin. Extraction pénible, 3 heures après, d'un enfant de 3,600 grammes. Le toucher manuel pratiqué après l'accouchement permit de constater que le fond de l'utérus était adhérent au-dessous de l'ombilic qu'il n'avait pas dépassé : l'augmentation de volume de l'organe s'était faite presque exclusivement aux dépens de sa face postérieure qui était très amincie. La cicatrice utéro-vaginale avait gardé toute sa solidité. Suites normales.

III.—Rühl a eu l'occasion d'observer la grossesse et l'accouchement de 10 femmes opérées par lui (hystéropexie vaginale). 7 ont accouché normalement; chez les 3 autres, le travail étant long et pénible, il a pratiqué la version podalique avec succès. Il en avait conclu que cette opération faite à propos suffisait pour vaincre les difficultés de l'accouchement en pareil cas.

Mais il a observé depuis deux faits nouveaux dans lesquels la dystocie a été beaucoup plus grave; dans le premier, il a dû faire, avec de grandes difficultés, la perforation du crâne et la cranioclasie; dans le second, il a eu recours, le col étant inaccessible et l'utérus fixé par des adhérences inextensibles, à une large incision vagino-utérine pour extraire avec le forceps un fœtus mort.

Il conclut par les remarques suivantes : après la fixation vaginale, l'accouchement peut, dans un certain nombre de cas, avoir lieu spontanément. Dans d'autres cas, on peut être obligé d'intervenir à cause de l'induration du tissu cicatriciel. Si cette induration n'est pas trop considérable, on peut réussir à faire la version ou la perforation du crâne. Si elle est très résistante, une incision devient nécessaire.

IV. — Une femme, ayant subi l'hystéropexie abdominale, devient enceinte. Au moment du travail, inertie utérine qui nécessite l'application du forceps. Hémorragie grave après la délivrance.

Les moyens hémostatiques habituels échouant, Guérard dut faire la laparotomie pour détruire les adhérences qui unissaient l'utérus à la paroi abdominale antérieure. Cette opération fut rendue très pénible par la solidité extrême de ces adhérences.

L'hémorragie ne céda qu'après la libération de l'utérus, qui put alors se contracter sans difficulté. Mais l'état de la femme était très grave, et elle ne se remit que lentement. CH. MAYGRIER.

020. Oblitération du col chez les femmes enceintes (*Thèse de Paris, 1897*).

D'une observation d'agglutination du col chez une femme enceinte où on avait constaté que le col très volumineux était parsemé de kystes purulents, l'auteur cherche à établir que la cause de l'oblitération du col réside dans la métrite cervicale. Les cautérisations du col, l'existence d'un traumatisme obstétrical antérieur sur le col ne contredisent pas, au contraire, à cette manière de voir. L'agglutination et l'oblitération du col ne constituent dès lors que deux stades différents d'un même processus morbide.

Cette manière d'envisager la question rend plus facile à comprendre pourquoi après la destruction des adhérences cervicales, le travail reste, dans un certain nombre de cas, très lent à se faire. La lenteur du travail dépend bien certainement quelquefois de la difficulté de la dilatation du col du fait des adhérences, mais tout aussi certainement, dans beaucoup d'autres cas, elle résulte de la rigidité du col.

L'existence de la métrite cervicale parenchymateuse antérieure plus ou moins accusée, l'étouffement plus ou moins complet des fibres musculaires par des éléments inflammatoires rendent compte de cette rigidité anatomique du col.

Au point de vue du diagnostic, l'auteur insiste surtout sur l'exploration minutieuse des culs-de-sac pour dépister les déviations du col qui quelquefois sont difficiles à reconnaître. PORAK.

L.-P. BAYLE. Des névrites puerpérales (*Thèse de Lyon, 1896*).

Il y a une forme généralisée et une forme localisée de la névrite puerpérale ; la forme localisée comprend un type supérieur et un type inférieur. La forme généralisée débute soit pendant la grossesse, soit dans les quelques jours qui suivent l'accouchement. Les vomissements incoercibles en sont la cause déterminante. La maladie frappe les quatre membres; elle s'accompagne parfois de troubles de la phonation, de la déglutition et de l'intelligence. La forme localisée se développe à la faveur de l'infection puerpérale. Dans le type supérieur, la paralysie atteint de préférence les branches terminales des nerfs médian et cubital ; dans le type inférieur, les muscles de la partie antéro-externe de la jambe. La forme généralisée semble avoir comme cause pathogène une auto-intoxication (vomissements incoercibles); la forme localisée est précédée d'une réaction fébrile qui porte le cachet d'une infection septique. Il existe en tout deux autopsies de cette affection : les rameaux terminaux des nerfs étaient très atteints alors qu'il n'existait aucune altération médullaire nette; les lésions étaient celles de la névrite parenchymateuse. Le pronostic est plus grave, lorsque la paralysie atteint les quatre membres, qu'elle s'accompagne de troubles de la phonation, de la déglutition et de l'intelligence (4 morts sur 18 cas); il est plus favorable dans la forme localisée. H. FRENKEL.

JUNGMANN. Beitrag zur Behandlung der Gesichtslagen..... (Traitement des présentations de la face) (*Arch. f. Gyn., LI, 2, p. 189*).

Voici les conclusions de ce travail qui s'appuie sur trois observations personnelles :

Dans les présentations primitives de la face, avant tout début de travail, on doit recourir au traitement prophylactique qui consiste à transformer la présentation en celle du sommet, d'après la méthode de Schatz.

Quand le travail est commencé, on essaie la transformation en sommet par les manœuvres combinées de Schatz-Thorn dans les conditions suivantes : si l'orifice cervical permet l'introduction de 2 ou 3 doigts ; si le bassin est normal ou peu rétréci ; si le fœtus est suffisamment mobile. Si on échoue, on fera une nouvelle tentative sous le chloroforme.

Toute manœuvre de réduction est contre-indiquée quand la mère ou l'enfant courent un danger qui nécessite la prompte terminaison de l'accouchement. CH. MAYGRIER.

J. BAREAU. Essai sur le traitement immédiat des perforations recto-vaginales inférieures survenues pendant l'accouchement (*Thèse de Paris, 1896*).

Les perforations recto-vaginales siègent ordinairement à la partie inférieure du vagin. Elles sont, le plus souvent, la conséquence de la chute d'une eschare. Mais, quelquefois aussi, elles surviennent pendant l'accouchement et ordinairement à la suite d'une intervention obstétricale. L'auteur ne s'occupe que de ces dernières.

Il est partisan d'une réparation immédiate. Il rejette l'opération qui consiste à fendre la partie encore existante du périnée et à pratiquer ensuite une colpo-périnéorraphie. Il conseille de passer deux crins de Florence à l'aide de l'aiguille d'Emmet, traversant le périnée et passant à un et à deux centimètres au-dessus de la perforation recto-vaginale et cheminant par conséquent dans les cloisons recto-vaginales. Ils sont fixés sur le périnée à la façon des sutures enchevêtrées. On doit ensuite lier les bords vaginaux de la fistule à l'aide de sutures superficielles. L'auteur cite à l'appui deux observations suivies de succès opératoire. PORAK.

L. Fangères BISHOP. A complicated obstetrical case with an unusual entanglement of the cord (*Americ. j. of obst., fév. 1896*).

Femme de 28 ans, secondipare, en travail. Tête élevée au détroit supérieur, en position gauche, bassin justo-minor. L'enfant est mort et a subi un commencement de macération.

L'engagement ne se faisant pas, on se décide à faire la craniotomie, quand, sous l'influence d'une contraction énergique, la tête descend dans l'excavation. L'accouchement se fait alors facilement et on reconnaît la cause de la mort de l'enfant. Le cordon est enroulé autour de la cuisse gauche, en forme de nœud coulant, de sorte que tous les mouvements du membre tendent à le serrer davantage et à y suspendre toute circulation. La jambe est œdémaciée, et le cordon lui-même est aminci au niveau du point comprimé.

CH. MAYGRIER.

A. MARTIN. Application clinique du préhenseur-levier-mensurateur de Farabeuf (*Normandie méd., 1896*).

Deux observations de succès de cet instrument pour dégager la tête retenue au détroit supérieur, présentant un rétrécissement antéro-postérieur, conjugué vrai mesurant 9 cent. 1/2, après accouchement prématuré, le diamètre bi-pariétal de l'enfant ne dépassant pas de plus d'un quart de centimètre le rétrécissement du bassin. Il critique les expériences de Budin. L'instrument n'est pas un instrument de force. Il faut faire passer la tête à travers le bassin, de telle façon que la suture temporo-frontale appuie sur le promontoire. Le plus grand diamètre à faire passer part donc de ce point vers la bosse pariétale opposée. C'est un diamètre assez réductible. L'échec de Budin vient de ce qu'il a voulu faire passer à travers la partie rétrécie du bassin le diamètre bi-pariétal, diamètre peu réductible, et qu'il a voulu le faire passer à travers des bassins trop rétrécis. Dans ces conditions, il accorde qu'on peut faire passer la tête à l'aide du forceps, mais au prix de fractures graves du

crâne. Cela est évité avec l'instrument de Farabeuf. S'il est impuissant, se pose l'indication de la symphyséotomie. PORAK.

WAHL. Ueber die Entbindungen mit der Zange, etc. (Accouchements avec le forceps) (*Arch. f. Gyn.*, *L, 2*).

Wahl publie la statistique des applications de forceps faites à la Maternité de Dresde pendant les 6 dernières années.

Le forceps a été appliqué 232 fois sur 9,061 accouchements (2,56 0/0). Sur les 232 femmes, 168 étaient primipares et 64 multipares.

Les applications ont été faites : au détroit inférieur, 165 fois ; dans l'excavation, 47 fois ; au détroit supérieur, 20 fois.

Les lésions des parties molles ont été fréquentes : 12 déchirures du col ; 41 lésions vaginales ; 61 déchirures vagino-périnéales ; et 6 ruptures complètes du périnée. Ce dernier n'est resté intact que 18 fois sur 100.

Quant aux suites de couches elles ont été fébriles dans 18,9 0/0 des cas.

13 enfants ont succombé du fait de l'opération : mortalité 5,6 0/0.

De ces chiffres Wahl croit pouvoir conclure que le forceps est un instrument qui n'est pas sans dangers, et dont l'emploi doit être restreint.

CH. MAYGRIER.

H. SCHULTZ. Wendung oder hohe Forceps (Version ou forceps élevé) (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, *XXXIV*, *2*, *p. 174*).

Après avoir discuté les indications du forceps et de la version quand la tête est au détroit supérieur, et rapporté plusieurs observations personnelles d'application de forceps, Schultz se résume ainsi :

On ne doit pas faire la version pelvienne par manœuvres externes, mais attendre. Si les membranes restent intactes jusqu'à la dilatation complète, on pratiquera la version dès qu'elles se rompront, lorsqu'il y aura indication à terminer l'accouchement.

Si les membranes sont rompues avant la dilatation complète, on appliquera le forceps au détroit supérieur. On activera, s'il y a lieu, la dilatation par des incisions ou par l'usage du ballon de Barnes.

Le forceps peut être appliqué avec succès au dédroit supérieur en cas de rétrécissement du bassin. Cette opération n'offre pas de difficultés particulières.

Avec un rétrécissement accentué, le forceps peut échouer. La craniotomie devient alors indiquée. CH. MAYGRIER.

Pierre RUFER. Les hémorragies dans les cas d'expulsion de fœtus morts et macérés (*Thèse de Paris*, *1896*).

Les accoucheurs s'accordent à admettre que dans le cas de fœtus morts et macérés la circulation placentaire du côté de la mère diminue, disparaît et que la délivrance n'est accompagnée que d'une quantité assez faible de sang. Cette règle présente cependant des exceptions. L'auteur a réuni 1002 observations de fœtus morts et macérés recueillies dans les services de Porak, Pinard et Lepage. Il a trouvé que 32 fois (2,1 0/0)

la délivrance était naturelle, et qu'elle était accompagnée de l'écoulement de sang physiologique, et que 16 fois (1,4 0/0), elle était artificielle parce qu'elle était accompagnée d'hémorragie. La quantité de sang accompagnant la délivrance se trouvait donc au-dessous de la normale dans 95,3 0/0 des cas.

L'étiologie de l'hémorragie de la délivrance dans le cas de fœtus morts et macérés est assez difficile à fixer. L'insertion vicieuse du placenta, les affections de cœur, les lésions et l'adhérence du placenta, les anomalies de la contraction utérine ont leur part manifeste dans la production de cette complication. PORAK.

BELLIN. Contribution à l'étude des rapports de la môle hydatiforme et du déciduome malin (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur expose les idées et les recherches histologiques de Durante. La môle hydatiforme est une dégénérescence myxomateuse du mésoderme fœtal, une tumeur conjonctive végétant sur place, présentant peu de tendance à l'envahissement. Les éléments épithéliaux ne jouent qu'un rôle secondaire. C'est aux dépens de la villosité entièrement développée qu'elle prend naissance. Son pronostic est bénin et elle est habituellement expulsée en masse. Mais si elle n'est pas expulsée en totalité, ce qui en reste dans l'utérus peut constituer une néoplasie, le déciduome malin. De nombreuses observations démontrent les relations qui existent entre ces deux produits. L'antisepsie, en permettant la rétention de débris placentaires, en les mettant dans des conditions favorables de nutrition et de développement, favorise leur transformation en déciduome malin.

Le déciduome malin provient de l'ectoderme fœtal; c'est une tumeur fœtale. Il peut naître, soit du syncytium d'une villosité normale, soit de débris syncytiaux siégeant sur une môle vésiculaire, soit d'un polype placentaire. L'ectoplacenta forme une masse plasmodiale non encore pénétrée par le mésoderne fœtal. Le néoplasme a une prédilection toute spéciale pour les vaisseaux maternels dont il vient détruire et remplacer les parois en formant un système lacunaire circulatoire, tapissé d'épithélium absolument unique dans l'histoire des tumeurs.

La môle vésiculaire ne nécessite qu'une évacuation simple. Le curetage n'est pas suffisant contre le déciduome malin. Celui-ci doit être diagnostiqué de bonne heure, et il indique l'hystérectomie. PORAK.

KNAPP. Fall von Facialisparese bei einem Neugeborenen nach spontane Geburt (Paralysie faciale chez un nouveau-né après un accouchement spontané) (*Centr. f. Gyn., 4 juill. 1896*).

Il s'agit d'une femme multipare qui accoucha *spontanément* après un travail de 26 heures. Le bassin était moyennement, mais généralement rétréci. L'enfant, qui pesait 4 kilogrammes, naquit avec un enfoncement sur le pariétal gauche et une paralysie faciale du même côté.

La dépression avait été produite par le promontoire; malgré son existence, Knapp conclut à une paralysie périphérique et non centrale. Dans le cas de paralysie centrale, en effet, il y aurait eu en même temps paralysie des membres du même côté. CH. MAYGRIER.

PINARD. Symphyséotomie à la clinique Baudelocque, 1895-1896 (*Ann. gyn., janv. 1897*).

14 symphyséotomies, 7 fois chez des primipares, 7 fois chez des multipares. Elle a été pratiquée 13 fois pour des bassins viciés par rachitisme, 1 fois pour un bassin coxo-rachitique. L'extraction a eu lieu 13 fois par une application de forceps, 1 fois par la version. 2 femmes mortes et 4 enfants morts.

La gravité de l'opération est surtout en rapport avec la lenteur du travail. Dans les deux décès de mère constatés, le travail avait été long et la fièvre existait auparavant. Aussi P. se demande lorsque l'utérus est infecté, s'il ne vaut pas mieux pratiquer l'hystérectomie totale.

Cinq femmes ayant subi antérieurement la symphyséotomie sont venues accoucher spontanément. On peut peut-être en conclure que l'agrandissement du bassin résulte de la symphyséotomie.

95 femmes avec bassins viciés ont été reçues dans le courant de l'année à la clinique Baudelocque. Mortalité maternelle, 2. Mortalité infantile, 13. Accouchements spontanés, 68. Accouchements artificiels, 27, se décomposant comme suit: 14 symphyséotomies, 2 opérations césariennes suivies de l'amputation utéro-ovarique, 1 version, 6 applications de forceps, 3 basiotripsies, 1 embryotomie. PORAK.

G. WOYER. Kasuistischer Beitrag zur Symphyseotomiefrage (*Centralbl. für Gyn., 25 janv. 1896*).

Une femme de 34 ans est amenée en 1893 à la Maternité de Vienne en travail. Elle est enceinte pour la 3e fois. Le 1er accouchement s'est terminé par une application de forceps : enfant mort; le 2e a été spontané.

La tête est élevée; le bassin est aplati, et le diamètre conjugué vrai, mesuré avec soin, est de 8 centimètres. Après plusieurs applications infructueuses de forceps, on fait la symphyséotomie et on extrait avec le forceps un enfant de 4,100 grammes. Suture de la symphyse avec les fils d'argent.

Une 4e grossesse est survenue depuis; cette fois, la femme est accouchée à terme, spontanément, d'un enfant de 3,720 grammes. Le bassin, examiné avec grande attention, est trouvé agrandi. Le conjugué vrai mesure maintenant 8cm,9!

L'auteur conclut à la possibilité d'un agrandissement permanent du bassin après la symphyséotomie. De nouvelles recherches sur ce sujet sont nécessaires. CH. MAYGRIER.

F. SCHWARZ. Porro bei rachitischem Becken..... (Opération de Porro pour un bassin rachitique) (*Centralbl. f. Gyn., 11 avril 1896*).

Femme rachitique; bassin très rétréci : diamètre conjugué vrai, 4 centimètres. Arrivée à terme, entre en travail. Une sage-femme attend 24 heures avant de prévenir un médecin. Schwarz trouva la parturiente en proie à l'infection, les membranes rompues; le pouls est à 180, la température à 40°. L'enfant est pourtant vivant. Opération de Porro; extraction d'un enfant vivant de 2,300 grammes. Traitement sous-péritonéal du pédicule. Guérison, malgré les conditions défavorables de l'intervention, et après quelques accidents infectieux pendant les suites de couches. CH. MAYGRIER.

ROSSI-DARIA. Ueber die localen und allgemeinen Infectionen..... (Des infections locales et générales considérées comme causes prédisposantes des infections puerpérales) (*Münch. med. Woch., p. 1251, 22 déc. 1896*).

Les incertitudes dans la prophylaxie de la fièvre puerpérale tiennent à ce qu'on tient trop de compte des microbes infectieux et pas assez de l'organisme infecté. L'organisme normal possède une résistance à l'infection en majeure partie d'ordre chimique, qui peut être diminuée dans beaucoup de circonstances et plus particulièrement dans les empoisonnements de l'organisme. Ceux-ci sont ou généraux ou locaux. Le mot d'auto-infection répond donc à des faits positifs; mais il doit être compris dans le sens d'un processus qui donne aux germes extérieurs la possibilité d'infecter l'organisme soit par exaltation de leur virulence, soit par diminution de la résistance de l'organisme. La prophylaxie de l'hétéro-infection se trouve dans une asepsie étroite; mais les opposants de l'auto-infection ont le tort de ne pas tenir compte des moyens naturels de protection de l'organisme. Ceux-ci se trouvent dans la sécrétion du vagin et du col utérin, qui ont une action antitoxique et ne doivent pas être enlevés; dans l'intégrité de l'épithélium; dans la vitalité des éléments de la paroi; dans l'activité antitoxique des humeurs du corps; dans l'intégrité des émonctoires (foie, rate, rein). C. LUZET.

A. REISMANN. Ein glücklich operirter Fall von ausgetragener Extrauterin-Schwangerschaft mit lebender Frucht (Grossesse extra-utérine opérée à terme avec succès : enfant vivant) (*Centr. f. Gyn, 4 janv. 1896*).

Reismann a eu l'occasion rare d'opérer avec succès une femme atteinte de grossesse extra-utérine qu'il vit seulement au terme de la gestation, et alors que les premières douleurs étaient déjà apparues.

C'était une femme de 30 ans, tertipare; les deux premiers accouchements avaient été normaux. Au 3e mois de la grossesse actuelle, elle eut brusquement des signes de rupture de grossesse tubaire : vives douleurs de ventre, accompagnées de syncope, puis de fièvre. Elle guérit cependant, et la grossesse continua son cours sans incidents. A terme, elle entra en travail, et l'auteur la vit en ville, appelé par une sage-femme qui croyait à une présentation de l'épaule. Il diagnostiqua une grossesse extra-utérine et fit conduire la femme à la clinique de Budapest. Opération par Tauffer. Laparotomie; extraction d'un enfant vivant, du sexe féminin, de 2,600 grammes. Hémorragie qui nécessite l'extraction du placenta, puis la ligature des artères utéro-ovarienne et utérine; mais le sang continuant à couler, on dut pratiquer l'ablation de l'utérus. Drainage du sac par le vagin. Guérison.

L'enfant avait une hémiplégie avec contracture, qui persistait encore, quoique amoindrie, au bout de 2 mois; il fut élevé au lait stérilisé. CH. MAYGRIER.

CHOYAU. Contribution à l'étude de l'inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire (*Thèse de Paris, 1896*).

Sur 422 cas de rupture de grossesse tubaire, 230 fois la date de l'accident est indiquée. Elle se produisit 33 fois au 1er mois, 99 fois au 2e, 70 fois au 3e, 19 fois au 4e, 8 fois au 5e, 1 fois au 6e. La rupture entre les

feuillets du ligament large existe réellement, mais elle est très rare.

La grossesse extra-utérine est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement et les hémorragies péri-utérines ont presque toujours pour point de départ une grossesse ectopique. Il est vrai que le plus souvent cette hémorragie aboutit à l'hématocèle vraie, mais la terminaison par inondation péritonéale est plus fréquente que cela n'est reconnu dans les livres classiques. Théoriquement le sang aboutissant dans le péritoine n'a aucune tendance à se coaguler et on ne conçoit l'hémostase que par syncope. L'hématocèle reconnaît son origine dans un état pathologique antérieur du péritoine et peut être la conséquence de l'avortement tubaire.

Au point de vue symptomatique et diagnostique, l'existence de la grossesse ectopique n'est pas toujours facile à dépister. Le diagnostic de l'hémorragie intrapéritonéale constitue le fait qui domine.

Au point de vue du traitement, il faut saisir l'indication opératoire, sans perdre son temps au diagnostic d'étiquette.

La statistique semble démontrer que l'expectation donne 75 0/0 de décès.

La proportion se trouve inverse dans le cas d'intervention rapide.

Le succès est d'autant plus probable que l'opération est pratiquée plus rapidement. D'après la statistique de l'auteur elle donne 86 0/0 de succès. Il faut alors répondre à l'indication fournie par l'anémie grave que présentent ordinairement les malades. Pour remplir cette indication, les injections sous-cutanées d'eau salée donnent de bons résultats.

PORAK.

MALADIES DES ENFANTS.

BRASCH. Ein Fall von motorischer Aphasie im Frühstadium eines acuten Exanthems (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 34*, *p. 766*, *24 août 1896*).

Fillette de 4 ans, parlant parfaitement. Le 30 mars au soir, pleurs, agitation, délire. Le lendemain matin, température rectale de 40°,7 ; perte de la conscience ; selles et urines involontaires. Eruption scarlatiniforme débutant par les pieds et se généralisant. 3 jours plus tard, une sœur moins âgée fut prise d'une éruption semblable et guérit rapidement. Le 1er avril, 39°8 ; ni angine, ni langue framboisée. La semaine suivante, disparition graduelle de la fièvre et de l'éruption ; retour de la connaissance, mais aphasie absolue. Le 9 avril, on constate en outre une desquamation furfuracée au cou et des ganglions cervicaux. Le 19, Brasch voit l'enfant pour la première fois. Elle n'offre aucune trace de paralysie, comprend et entend tout, mais ne parle pas. Elle annonce ses besoins de garde-robe par un peu d'agitation. Le 26, elle commence à émettre de courtes phrases, d'abord en dormant, puis pendant la veille. Le 10 mai, la parole est bien revenue, mais elle est traînante et chantante ; pas d'albuminurie dans tout le cours de la maladie.

En 1868, Shephard a publié un cas, mais s'accompagnant d'hémiplégie. J. B.

I. — LOOS. Spasmus glottidis (*Berlin. klin. Woch., p. 901, 5 oct. 1896*).

II. — Rudolf FISCHL. Même sujet (*Ibidem*).

III. — A. EPSTEIN. Ueber kataleptiforme Erscheinungen bei rachitischen Kindern (*Ibidem*).

IV. — Discussion de la réunion des naturalistes et médecins allemands à Francfort (*Ibidem, p. 902*).

V. — H. REHN. Die Theorien über die Entstehung des Stimmritzenkrampfes im Lichte eines Heileffects (*Ibidem, 17 août 1896*).

I. — *Loos*, dans les cinq dernières années, a vu à la clinique infantile de Graetz, 164 cas de spasme de la glotte ; à peu d'exceptions près, ces enfants présentèrent, en outre, tous les symptômes de la tétanie des adultes. La plupart des petits malades avaient moins de 2 ans.

La majorité était rachitique et beaucoup même avaient du rachitisme cranien. 14 de ces enfants sur les 164 ont succombé, une partie pendant un accès de spasme, les autres par des complications accidentelles.

Il n'existe aucun rapport étiologique entre le rachitisme d'une part, le spasme glottique et la tétanie infantile, de l'autre ; mais le spasme de la glotte fait partie du complexus symptomatique de la tétanie des enfants au-dessous de 2 ans et il en est la manifestation la plus dangereuse.

II. — *Fischl* ne partage pas l'opinion de *Loos*, car sa grande expérience personnelle lui a appris que bon nombre de spasmes glottiques n'offrent jamais de symptômes de tétanie ; on ne saurait donc considérer le spasme de la glotte comme une tétanie larvée.

De même, tous les enfants atteints de spasme glottique ne sont pas rachitiques.

Pour lui, les trois maladies en question sont plutôt le fait de toxines digestives.

III. — Chez 8 rachitiques, âgés de 18 mois à 3 ans 1/2, *Epstein* a observé le phénomène d'attitude cataleptique des membres, d'autant plus surprenant qu'à cet âge on n'est guère habitué à voir l'enfant conserver longtemps la position donnée à ses membres, surtout par une autre personne. Le phénomène était plus accentué aux membres inférieurs. Si on les élevait, ils restaient dans cette posture durant quinze, vingt et même quarante-cinq minutes, puis ne retombaient que très graduellement.

Les membres gardaient les positions les plus insolites et les plus incommodes, une fois données. Les membres cataleptiques n'étaient pas contracturés ; l'excitabilité réflexe pour les excitations sensitives paraissait diminuée. Les changements de position provoqués par la faradisation subsistaient aussi, malgré la cessation de l'excitation électrique. Tous ces enfants offraient également un retard de leur développement intellectuel.

IV. — *Lange*, pour élucider la question des rapports entre le spasme de la glotte et le rachitisme du crâne, dispose de 727 observations de rachitisme, dont 86 avec rachitisme crânien. De ces 727 rachitiques, 25 seulement avaient du spasme de la glotte, à savoir : 11 qui n'avaient pas de rachitisme crânien et 14 qui en avaient. On voit donc que 78,95 0/0 des rachitiques crâniens n'avaient pas de spasme glottique. Un seul avait

de la tétanie idiopathique ; chez un autre enfant, elle précéda de quinze jours une méningite tuberculeuse.

Rosenberg a vu chez des enfants de 6 à 13 ans, non rachitiques, de la tétanie durant un ou deux jours pendant le stade initial des maladies infectieuses, de la fièvre typhoïde principalement.

Abraham relève le fait contradictoire que d'une part les troubles digestifs joueraient un rôle positif dans l'étiologie du spasme de la glotte, tandis que d'autre part, l'été, où ces troubles sont le plus communs, le spasme est au contraire le plus rare.

Biedert pense pouvoir expliquer cette contradiction en admettant que la tétanie résulte de troubles chroniques de la digestion qui permettent la résorption de substances toxiques, tandis qu'avec les troubles estivaux aigus, ou bien les poisons n'ont pas le temps de se former, ou bien ils sont promptement éliminés par les vomissements ou les selles.

Von Ranke, à Munich, comme Fischl à Prague, a observé une proportion considérable de spasmes de la glotte sans tétanie, contrairement aux observations d'Escherich et de Loos à Graetz. Quant aux attitudes cataleptiques décrites par Ebstein, von R. n'en a point vu chez des nourrissons, mais les a fréquemment rencontrées dans la seconde enfance en cas d'hydrocéphalie chronique ou de tumeurs cérébrales.

M. Cohn maintient qu'il existe une étroite parenté entre le rachitisme et le spasme glottique.

Les troubles nerveux ne sont pas la conséquence des altérations osseuses, mais les deux espèces de lésions dérivent d'une cause commune, le rachitisme qui se traduit dans les tissus se trouvant à la période la plus intense de leur développement, le système osseux et le système nerveux.

Escherich considère la tétanie comme un syndrome morbide apparaissant dans des circonstances très diverses. Elle survient avec une fréquence particulière et sans cause connue (tétanie idiopathique) dans le cours des deux premières années de vie où sa forme aiguë se combine très souvent avec le spasme glottique. Cette forme aiguë se distingue cliniquement, et probablement aussi étiologiquement, d'autres formes de tétanie à évolution chronique.

Dans ces dernières, les phénomènes toxiques sont moins constants et l'on trouve toutes les formes de passage aux autres névroses fonctionnelles.

Rauchfuss a souvent observé des cas de mort subite, de spasme glottique et de rétrécissement trachéal dus à l'hypertrophie du thymus qu'on peut reconnaître en général sans difficulté par la présence d'une résistance anormale au-dessus de l'échancrure sternale, quand la tête de l'enfant est fortement fléchie en arrière.

Epstein estime que l'étiologie du spasme glottique n'est si obscure que parce qu'on comprend sous ce nom des états différents. Pour lui, à côté du rachitisme, les troubles gastro-intestinaux jouent un grand rôle dans l'étiologie du spasme de la glotte. Dans les cas de la clientèle privée, on peut souvent incriminer une prédisposition nerveuse héréditaire.

J. Lange a observé un cas de mort par thymus hypertrophié.

Neumann distingue du spasme glottique vrai, de la tendre enfance,

qui est lié généralement au rachitisme crânien, celui qu'on rencontre chez des enfants plus âgés à tare nerveuse. Il a vu des cas de tétanie occasionnés exclusivement par des troubles gastro-intestinaux.

Oppenheimer mentionne 2 cas de spasme de la glotte à l'autopsie desquels on a constaté une hypertrophie considérable du ventricule droit et une minceur insolite des parois de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

Loos, tout en reconnaissant la coexistence fréquente du rachitisme et du spasme glottique, nie que le premier soit une cause même simplement prédisposante du second.

V. — *Rehn* relate les observations de 5 enfants, dont 4 allaités artificiellement et le cinquième par une mauvaise nourrice, tous étaient rachitiques et présentaient, à des degrés divers, du rachitisme cranien ; tous aussi avaient du spasme de la glotte ou de l'éclampsie ou les deux espèces de convulsions simultanément ; dès qu'on leur donna une bonne nourrice, en deux ou trois jours au plus tard, on vit disparaître tous les accidents convulsifs qui existaient depuis plus ou moins de temps. C'était donc, non le rachitisme (qui a naturellement persisté) mais bien la mauvaise nourriture qui était la cause des troubles nerveux.

Pour contredire encore à l'opinion de ceux qui font du rachitisme l'agent causal du spasme de la glotte, R. rappelle qu'on n'observe jamais celui-ci chez les enfants allaités par un bon sein et qu'on le rencontre d'autre part chez des non rachitiques, immédiatement après le sevrage. D'après lui, le spasme glottique est un trouble réflexe provenant des filets sensitifs du pneumogastrique irrités dans l'estomac par des toxines alimentaires de nature volatile, puisque les accidents ne tardent pas à disparaître dès qu'on recourt au lait de femme. J. B.

I. — CASSEL. Tetanie und Rachitis (*Berlin. klin. Woch., 15 juin 1896 et Deutsche med. Woch., 28 janvier 1897*).

II. — HAUSER. Ueber Tetanie der Kinder (*Ibid., n° 35, 31 août 1896*).

III. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid., p. 661, 20 juill. 1896*).

IV. — Th. ZANGGER. Ein Fall von Tetanie im Kindesalter (*Corr.-Blatt f. schweiz. Aerzte, 15 juill. 1896*).

I. — Cassel a observé, parmi les 7,000 enfants de sa policlinique, 60 cas de tétanie chez des nourrissons, le plus souvent élevés au biberon, dont l'âge oscillait entre 1 et 9 mois. 36 fois la tétanie avait été précédée de troubles digestifs et 52 de ces enfants étaient plus ou moins rachitiques; 2 seulement sur les 60 avaient du spasme de la glotte. Le traitement par le phosphore ne lui a pas donné de meilleurs résultats dans la tétanie que dans le rachitisme. Cassel conclut que la tétanie n'est nullement un symptôme rachitique, que c'est une affection idiopathique produite par des conditions de vie insalubres (alimentation, logement); ainsi s'explique que la tétanie soit rare chez les enfants de la classe aisée, tandis que le rachitisme ne l'est pas.

II. — Il existe dans l'enfance une tétanie vraie qui évolue parfois avec les mêmes symptômes notés dans la tétanie des adultes. Le phénomène e plus saillant de la tétanie est la contracture caractéristique des extré-

mités à côté de laquelle on observe toujours l'un ou l'autre symptôme de la triade, souvent même les 3 symptômes. En dehors des convulsions tétaniques, les convulsions de la glotte et les convulsions éclamptiques jouent un rôle important, souvent décisif pour le pronostic. L'étiologie de la tétanie infantile n'est pas encore élucidée. Un fait d'expérience, c'est que la tétanie atteint rarement des enfants parfaitement bien portants. Le rachitisme paraît être une cause prédisposante très accentuée de la maladie qui est assez souvent directement occasionnée par des troubles digestifs. La tétanie infantile est une affection dangereuse, fréquemment mortelle.

Il existe, en outre, dans l'enfance, une tétanie latente, c'est-à-dire n'offrant pas les contractures caractéristiques des extrémités. Son diagnostic repose sur l'existence de l'exacerbation de l'excitabilité galvanique des nerfs ou du signe de Trousseau. Quant au signe de Chvostek, il n'est pas probant à lui seul. Le spasme de la glotte est souvent le phénomène morbide le plus frappant de la tétanie latente. Mais, dans la majorité des cas, le spasme de la glotte n'a rien à voir avec la tétanie, tandis qu'entre le spasme de la glotte et le rachitisme, il existe une liaison qui ne paraît pas seulement accidentelle.

III. — D'après O. Katz, à la policlinique de l'hôpital des Enfants de Berlin (Baginsky), la tétanie infantile s'observe sensiblement avec la même fréquence qu'à celle de Cassel (1 0/0), c'est-à-dire beaucoup moins rarement qu'à celle de Neumann. Pour Katz, il y a identité entre la tétanie de l'enfant et celle de l'adulte. L'hérédité nerveuse joue un certain rôle étiologique. Katz a fait l'étude post mortem d'un cas de tétanie infantile. Il croit avoir découvert des lésions dans les cellules ganglionnaires motrices de la moelle et dans les cordons latéraux pyramidaux. Les cellules ganglionnaires offrent, surtout au niveau du renflement cervical, un état de tuméfaction trouble dans lequel le trouble est plus marqué que la tuméfaction. Le noyau est peu distinct, les cellules sont très granuleuses. Il y a, en outre, une réplétion intense et une dilatation des vaisseaux. Dans les cordons latéraux pyramidaux, les cylindres-axes sont plus fréquemment étoilés qu'à l'ordinaire sur les coupes.

IV. — La tétanie semble rare en Suisse ; le premier cas en a été signalé par Burckhardt (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1893) et depuis lors il n'en a été observé que 3 autres cas plus ou moins typiques, à l'hôpital des Enfants à Zurich.

Zangger en publie un chez un enfant de 33 mois. J. B.

ODDO. La tétanie chez l'enfant (*Revue de méd., juin à sept. 1896*).

Oddo a réuni dans cet article à peu près toutes nos connaissances sur la tétanie.

Après avoir rappelé les noms de Clarke, Tonneli, Corvisart, Trousseau, etc., il aborde la description symptomatique de la maladie et insiste sur les relations que ces convulsions des extrémités présentent avec le spasme de la glotte chez les jeunes enfants, la marche par accès plus ou moins longs et plus ou moins fréquents suivant la gravité. Dans les cas à accès subintrants, on assiste à un véritable état de mal s'accompagnant

souvent d'élévation de la température centrale. Il insiste sur la gravité de la tétanie chez l'adulte, comparativement à celle qu'elle présente chez l'enfant.

Les chapitres suivants sont consacrés à l'étude des formes de cette affection, qu'il divise en formes latente, fugace, fruste, commune, prolongée et grave.

Il semble se rattacher à la théorie de l'auto-intoxication gastro-intestinale qui actuellement est la plus en faveur en France. A l'heure actuelle cependant il est impossible de dire en quoi consiste le principe toxique, cause du mal.

Ce travail se termine par une bonne revue des divers modes de traitement proposés pour lutter contre cette affection. Parmi tous les médicaments proposés, il n'en existe pas un seul qui soit vraiment très efficace, tout au moins parmi ceux qualifiés de pathogéniques.

C. GIRAUDEAU.

V. STARCK. Ueber die Bedeutung des Milztumors bei Rachitis (Importance de la tuméfaction splénique dans le rachitisme) (*Deutsches Archiv f. klin Med.*, *LVII*, *p. 265*).

D'après son expérience personnelle, l'auteur ne croit pas justifiée l'opinion qui considère la tuméfaction de la rate comme un symptôme de rachitisme et qui en fait une lésion causée par la même cause morbide qui provoque les altérations osseuses. Etant donnée la grande susceptibilité de cet organe chez le nourrisson, on peut, sans admettre une telle raison, croire que la tuméfaction de la rate, si fréquente dans le rachitisme (environ 40 0/0), peut s'expliquer par les catarrhes gastro-intestinaux accidentels ou par une autre maladie infectieuse. L'auteur ne croit pas qu'une cause infectieuse soit vraisemblable dans le rachitisme, il pense que dans cette maladie il s'agit d'un trouble chronique de la nutrition, dont les enfants peuvent être préservés, s'ils sont rationnellement alimentés.

C. LUZET.

I. — BIEDERT. Ein Beitrag zur Lehre von der Thymus- (und Bronchialdrüsen-) Schwellungen (*Berlin. klin. Woch.*, *29 juin 1896*).

II. — Ernst SIEGEL. Ueber die Pathologie der Thymusdrüse (*Ibid.*, *5 oct. 1896*).

III. — HEIDENHAIN. Tod eines 14 jährigen Knaben durch Lymphosarcoma thymicum (*Ibid.*)

I. — Enfant de 10 mois, apporté à l'hôpital avec le diagnostic de croup. Stridor intense, voix claire; rien dans la gorge; fort tirage diaphragmatique. Malgré la recherche négative de bacilles de Lœffler, Biedert crut à une laryngite diphtéritique compliquée d'hypertrophie du thymus et il fit le tubage, puis, une heure plus tard, la trachéotomie, sans plus de résultat. Une sonde molle se heurtait, à une certaine hauteur dans la trachée, à un obstacle infranchissable. Le petit garçon ayant succombé, son autopsie révéla un thymus très augmenté de volume, touchant en haut au corps thyroïde, offrant, au niveau de la fourchette sternale, un étranglement correspondant, ayant de long $7^{cm},5$ sur 7 de large, pesant $21^{gr},6$ et épais de 1 à 1 centimètre 1/2. La distance entre le rachis et le sternum était de $1^{cm},5$ à 2 centimètres. Entourant

les deux bronches et faisant immédiatement suite au thymus, étaient deux paquets de ganglions lymphatiques tuméfiés, le gauche gros comme une noix, le droit comme une amande avec sa coque; au-devant du paquet gauche, on voyait 2 ganglions isolés, semblables à des amandes écalées. Poumons emphysémateux au sommet, atélectasiés à la base; cœur très volumineux et ventricule gauche rempli de sang. La trachée ne présentait cependant aucune trace de compression.

C'est la première fois qu'on cite la tuméfaction de ganglions coexistant avec l'hyperplasie du thymus comme cause de mort.

II. — Enfant de 2 ans 1/2; pour la première fois, gêne respiratoire avec râles bruyants dans la gorge, il y a 4 ou 5 semaines. Outre l'oppression continue, de temps à autre, de jour et de nuit, accès de suffocation brusque. La trachéotomie ne mit fin ni à la cyanose ni à la dyspnée, mais fut suivie de fièvre avec extrême petitesse du pouls nécessitant des injections camphrées et bronchite intense. On réussit à supprimer la gêne respiratoire en introduisant une longue canule jusqu'à la bifurcation trachéale; mais chaque fois qu'on la retirait, les troubles respiratoires reparaissaient avec violence. On dut néanmoins la remplacer par une plus courte, parce qu'elle avait déterminé une escharre et entretenait la bronchite. Avec cette nouvelle canule, se manifestèrent des crises de suffocation fréquentes, mais très brèves et d'un type spécial : l'enfant se cyanosait et se redressait anxieux; ses extrémités se convulsaient; il happait l'air avec un sifflement et la mort semblait imminente. Petite zone mate au niveau de la partie supérieure du sternum.

Rehn, diagnostiquant une hypertrophie du thymus, pratiqua l'opération suivante : Incision sur la ligne médiane, prolongeant l'orifice de la canule et dépassant de 1 centimètre 1/2 le bord supérieur du sternum. Le médiastin antérieur est ouvert. A chaque inspiration, on en voit sortir un segment gros comme une noisette du thymus, lequel rentre à chaque expiration. La respiration reste alors calme, malgré l'ablation de la canule. Le thymus est attiré au dehors par son extrémité supérieure et fixé à l'aide de 3 points de suture au fascia au-dessus du sternum. Les 2 jours suivants fièvre; sécrétion purulente profuse de la canule; râles ronflants et sibilants. Dès lors guérison.

On doit imputer aussi au thymus l'issue fatale du cas suivant : Femme à laquelle on avait fait la thyroïdectomie pour un goitre exophtalmique. L'opération s'était passée sans incidents; néanmoins, quelques heures plus tard, la malade succombait au milieu de symptômes d'asphyxie. L'autopsie ne révéla d'autre particularité qu'un thymus volumineux. Weigert, qui l'a faite, a remarqué fréquemment l'hypertrophie du thymus dans la maladie de Basedow.

III. — Garçon de 14 ans, en train de suffoquer lorsque Heidenhain fut appelé. Il avait eu, depuis 5 jours, des accès qualifiés d'asthme. Mais le larynx ne se mouvait pas et le stridor était aussi fort aux deux temps de la respiration. Cyanose intense des lèvres. Tout à coup la respiration s'arrête et le pouls disparaît. La traction de la langue au dehors de la bouche rétablit peu à peu les mouvements respiratoires; pendant que H. maintenait la langue, l'enfant respirait sans gêne et profondément; mais, dès qu'il la lâchait, survenait une menace d'asphyxie. La trachéotomie soulagea également le malade au point qu'il put prendre des aliments et répondre par écrit aux questions. Cependant, 6 heures plus tard, le pouls redevenait fréquent, irrégulier et petit et au bout d'une heure l'enfant succombait malgré des injections d'éther camphré, etc.

A l'autopsie, immédiatement au-dessous du larynx, la trachée était fortement aplatie par une tumeur compacte, dure, d'un blanc gris, qui englobait à son intérieur la trachée, les bronches, les gros vaisseaux et le péricarde. La tumeur avait 12 centimètres de longueur, 7 de largeur et à peu près autant d'épaisseur. La portion située en avant du cœur était indissolublement unie

au péricarde, dont elle reproduisait la forme, enveloppant le cœur d'une capsule rigide; à sa face interne, cette coque était humide, lisse et brillante, sauf à sa partie supérieure, où elle offrait des excroissances papillaires, arrondies, plates, ayant jusqu'à l'étendue d'une pièce de 10 pfennigs; ces excroissaces étaient le plus développées au niveau de la réflexion du péricarde sur le cœur; la face antérieure des oreillettes et la portion des gros vaisseaux enveloppée par le péricarde présentaient des saillies papillaires semblables, à auréoles rouges constituées par un lacis de vaisseaux dont les plus gros rameaux confluaient vers un centre formé par les excroissances. La partie inférieure de la trachée était comprimée latéralement en fourreau de sabre. Partout la consistance de la tumeur était uniformément dure. Sous le microscope, les excroissances papillaires étaient uniquement composées de petites cellules rondes avec quelques tractus conjonctifs, de même que la masse de la tumeur.

J. B.

PARKIN. Removal of cerebellar tumour (*The Lancet, p. 1758, 19 déc. 1896*).

Le malade, âgé de 4 ans, fut amené à Parkin en mai 1894, à cause d'une difficulté croissante dans la marche et la parole. L'enfant était apathique et se plaignait de céphalalgie. La démarche était ataxique avec tendance à tomber en arrière, et l'enfant ne pouvait se lever de son lit sans être aidé. La jambe droite était rigide et les réflexes rotuliens exagérés : température au-dessous de la normale, pouls irrégulier mais point ralenti; névrite optique intense. L'enfant fut gardé en observation un mois : durant ce temps, il eut 3 convulsions généralisées, de trois quarts d'heure de durée; en même temps l'état général s'aggrava. Parkin détache la partie médiane de l'écaille de l'occipital, lie le sinus occipital, et enlève une portion de chaque lobe latéral et la partie postérieure du lobe moyen, ces divers points étant d'une couleur différente de celle du reste du cervelet.

L'examen montra ultérieurement qu'il s'agissait d'une dégénérescence gliomateuse. Guérison rapide, et au bout de 3 mois, l'enfant parlait distinctement et vite, et marchait tout à fait bien.

Actuellement (11 décembre 1896), la névrite optique persiste, mais aucun symptôme morbide n'a réapparu : la guérison se maintient complète.

P. MAUBRAC.

I. — Y. GUILLEMOT. Une endémie de paralysies radiculaires obstétricales (*Ann. de gyn., janv. 1897*).

II. — FIEUX. De la pathogénie des paralysies brachiales chez le nouveau-né (*Ibid., janv. 1897*).

I. — Relation de 14 observations de paralysies radiculaires obstétricales avec photographies. Tous les enfants étaient nés par le siège; ils avaient tous été accouchés par la même sage-femme. On en connaît en tout 30 cas provenant de la même origine. Le tableau clinique diffère en plusieurs points de la paralysie radiculaire classique. Dans quelques cas on a noté du torticolis. Il s'agissait dans tous les cas de paralysies incurables.

II. — 4 observations, qui permettent les conclusions suivantes :

Le deltoïde est le muscle le plus souvent et le supinateur est le moins souvent atteint. La pronation de la main ne démontre pas sûrement l'abolition des fonctions du long supinateur. L'examen anatomique de la région ne permet pas d'admettre que la paralysie qui part de la 5e et de la 6e paires cervicales ne provient pas de la compression du plexus au

point d'Erb. Elle provient des tractions violentes de l'épaule en bas, portant par conséquent le cou dans un état d'extension forcée. Si on coupe les branches cervicales, on constate que dans cette situation les deux dernières paires cervicales s'écartent de 8 millimètres, la 3e branche de 12 millimètres, la 2e de 26 millimètres et la 1re de 28 millimètres. On conçoit donc que le tiraillement très exagéré sur les paires supérieures les expose davantage aux lésions. Suivant la loi de Forgues que lorsqu'un groupe musculaire est innervé par un plexus, les muscles les plus élevés reçoivent les filets les plus élevés du plexus, on conçoit que pour ce qui regarde le plexus cervical, ce soit bien le deltoïde qui soit le plus souvent altéré. PORAK.

LEICHTENSTERN. Acute Miliartuberkel der Haut (Tuberculose aiguë miliaire de la peau dans la tuberculose miliaire aiguë généralisée) (*Münch. med. Woch.*, *n° 1*, *p. 1, 5 janv. 1896*).

Enfant de 4 ans, atteint de tuberculose miliaire aiguë. Dans la 2e semaine de son hospitalisation, une éruption se produit, constituée par de petites papules coniques pointues, de la grosseur d'un grain de millet à celle d'un grain de chenevis, et nettement circonscrites, sans aucune tendance à se grouper. Dans ces papules, on trouva un tissu inflammatoire de granulation, qui constitue leur base et qui contient une quantité innombrable de bacilles tuberculeux, mis en évidence par la coloration spécifique. C. LUZET.

WEILL et BARJON. Myocardite parenchymateuse chez l'enfant (*Revue mens. des maladies de l'enf.*, *déc. 1896*).

Les auteurs rapportent 4 observations de myocardites parenchymateuses aiguës survenues dans le cours d'endocardites chroniques. Ces myocardites paraissent dériver d'une infection provoquée par le rhumatisme et probablement par d'autres maladies générales, notamment par l'érysipèle. Cliniquement, elle se traduit par une asystolie qui dure de quelques jours à quelques mois. La caractéristique est dans l'absence de toute modification du rythme cardiaque.

Anatomiquement, elle est constituée par une myocardite parenchymateuse ; développement du protoplasma aux dépens de la substance contractile ; dissociation et raréfaction des fibrilles élémentaires ; prolifération et hypertrophie des noyaux, diminution de la striation musculaire ; absence de lésions interstitielles ou vasculaires. H. L.

Hermann SHEFFIELD. A peculiar form of continued hyperpyrexia in children, epidemic in nature (*Amer. med. surg. Bull.*, *déc. 1896*).

En 5 jours, l'auteur reçut dans son service 12 garçons et 16 filles venant d'un orphelinat, âgés de 4 à 14 ans, tous d'une bonne santé avant l'attaque de la maladie, qui ne s'expliquait point par un produit alimentaire avarié.

Les prodromes durèrent 1 à 2 jours, consistant en légère céphalalgie et lassitude, puis presque soudain la fièvre s'éleva à 104 ou 106° F. et dura 2 à 3 semaines 1/2 sans interruption, pour finir par une crise ou

en lysis, et la température s'abaissa alors au-dessous de la normale. La courbe thermique ne présentait ni rémissions matinales ni élévations vespérales. Les enfants n'avaient ni délire, ni insomnie, ni céphalalgie; ils présentaient une légère hébétude, avec un peu de surdité; la parole était lente, saccadée, hésitante; la langue était recouverte d'un enduit saburral gris, riche en staphylocoques blancs; l'haleine très fétide. Peu d'anorexie, pas de vomissements ni nausées. Selles régulières, sauf vers le 6e ou 8e jour, où il y eut des selles à grains jaunes ou verdâtres, nageant dans un liquide jaunâtre. Dans les 3/4 des cas, il y eut des épistaxis, parfois abondantes. L'examen bactériologique montra l'existence de colibacilles et de quelques bacilles d'Eberth. Un des enfants mourut le 17e jour; on ne trouva de lésions ni de l'intestin ni de la rate; l'enfant était antérieurement atteint d'une tuberculose chronique. Les examens du sang par le procédé de Widal furent répétés et toujours négatifs. Trois jours après la chute de la fièvre, les enfants étaient complètement rétablis. La quinine ne donna aucun résultat. L'auteur élimine la fièvre typhoïde, l'influenza, la fièvre rémittente automnale, et conclut à une maladie nouvelle, indéterminée. H. L.

I. — COMBY. Notes sur la vésanie temporaire observée à la suite de la fièvre typhoïde chez les enfants (*Soc. méd. des hôp.*, *20 nov. 1896*).

II. — SÉGLAS. Des états vésaniques consécutifs aux maladies infectieuses chez l'enfant (*Ibidem, 27 nov. 1896*).

I. — Comby rapporte l'observation d'un enfant de 3 ans qui, dès le commencement de sa convalescence, fut pris de délire avec insomnie, et agitation pendant une quinzaine de jours et guérit complètement. Il n'a pu trouver d'explication dans les antécédents héréditaires de l'enfant et fait jouer un grand rôle à l'inanition.

II. — Séglas déclare que les vésanies post-typhiques sont plus fréquentes que ne le croit Comby, et regarde la pathogénie comme très complexe, quand on élimine les cas où il s'agit d'une tare psychopathique héréditaire reconnue; il met au second plan l'inanition et croit qu'il s'agit surtout d'une infection du système nerveux par les microbes ou leurs produits de sécrétion, et il rapproche ces délires post-infectieux des délires toxiques (alcool, plomb, etc.). Le tableau clinique est surtout celui de la confusion mentale, asthénique ou délirante; c'est l'hébétude, c'est l'obnubilation intellectuelle qui prédomine. Le pronostic doit être très réservé, et il n'est pas possible de prévoir si le malade guérira ou non; il n'y a aucun signe qui permette de se prononcer d'une manière certaine. H. L.

HUTINEL et LABBÉ. Contribution à l'étude des infections staphylococciques, particulièrement chez l'enfant (*Archives de méd. déc. 1896*).

La peau, surtout chez l'enfant, est l'habitat normal de nombreux staphylocoques, surtout dans la couche cornée et à l'embouchure des follicules pileux; nombreuses sont les maladies aiguës ou chroniques qui diminuent la résistance à l'invasion du microbe, et en particulier la tuberculose. Le milieu hospitalier a une action des plus nuisibles.

Les causes locales qui ouvrent une porte d'entrée ont une grande importance : plaie ombilicale des nouveau-nés, érythème des fesses, fièvres éruptives, impétigo, pemphigus, etc.

Le mécanisme de l'infection générale de l'organisme peut s'expliquer soit par la multiplication des germes, soit par la production de toxines ; le plus souvent la contagion est directe, par la peau. Elle peut se faire par les muqueuses ; de là, les germes passent dans les vaisseaux lymphatiques, rarement dans les vaisseaux sanguins. Sur 9 examens *post mortem*, les auteurs ont trouvé 5 fois le staphylocoque dans le sang du cœur, 1 fois dans le sinus ; sur le vivant, ils n'ont pu avoir un seul examen du sang, positif ou probant.

Chez les enfants, l'infection staphylococcique revêt quatre formes principales : les abcès multiples, les éruptions pemphigoïdes et pustuleuses, la lymphangite pseudo-érysipélateuse, la gangrène cutanée disséminée.

La marche peut être chronique, aiguë, subaiguë ; dans ces derniers cas, la mort peut survenir en 2 à 4 jours, souvent précédée par une broncho-pneumonie.

De très nombreuses complications peuvent survenir, portant sur les organes des sens, la muqueuse buccale, les amygdales, l'estomac, l'intestin, les appareils pulmonaire, circulatoire, génito-urinaire, etc.

Le pronostic de ces infections est grave ; les 4/5 des enfants meurent. Il faut surtout agir par la prophylaxie ; l'isolement individuel des enfants, les bains au sublimé (1/15,000), la propreté des infirmières.

H. L.

H. FINKELSTEIN. Zur Ätiologie der folliculären Darmentzündungen (Recherches sur l'étiologie de l'entérite folliculaire chez l'enfant (*Deutsche med. Woch.*, *nos 38 et 39, sept. 1896*).

L'entérite folliculaire est caractérisée par des selles fréquentes d'aspect muqueux, mêlées de sang ou de pus ; le gros intestin tuméfié donne à la palpation l'impression d'un tube de caoutchouc ; il y a, en même temps, de la faiblesse générale avec tendance au collapsus. A l'autopsie, les lésions siègent sur le colon et la partie inférieure de l'intestin grêle ; elles consistent en un gonflement des follicules intestinaux avec tendance à l'ulcération et aux hémorragies. Il s'agit d'une affection très contagieuse et plus terrible dans une salle de maternité que la diphtérie, la scarlatine ou la rougeole. Dans certains cas, les phénomènes généraux dominent la scène ; l'entérite se présente sous une forme toxique, cholériforme, ne laissant pas aux lésions de l'intestin le temps de se produire. Les mucosités rendues par les petits malades renferment presque exclusivement un bacille très semblable au coli-bacille. Ses cultures sur gélatine et sur agar sont à peu près pareilles, cependant les cultures plates sur gélatine sont toujours transparentes, jamais opaques comme celles du coli. Son caractère différenciel le plus net est sa culture sur pomme de terre qui donne des colonies d'un blanc neigeux, si la pomme de terre est jeune, ou d'un gris blanchâtre avec abondantes bulles de gaz, si elle est vieille.

Ce bacille est nettement pathogène pour les animaux ; mêlé à la nourriture, il détermine une irritation locale et des phénomènes éloignés de

nature toxique. Il peut, dans certains cas, pénétrer dans les tissus et alors y déterminer des inflammations locales, à marche progressive, avec tendances nécrotiques et plus tard des métastases de nature hémorragique et purulente.

Le bactérium coli, au contraire, même virulent, n'est pas pathogène sur l'intestin intact. Le bacille de l'entérite folliculaire doit être rangé dans le groupe des bactéries qui provoquent la septicémie hémorragique des animaux, et le botulisme. On le rencontre, il est vrai, dans d'autres maladies que l'entérite folliculaire, mais, dans tous les cas où il a été constaté, la maladie a évolué plus tard vers le type de l'entérite folliculaire ou bien l'autopsie en a révélé les lésions. H. DE BRINON.

Mlle GORDON. L'appendicite chez l'enfant (*Thèse de Paris, 1896*).

Cette thèse, inspirée par Broca, contient plus de 80 observations personnelles recueillies dans son service. La longueur moyenne de l'appendice, au-dessous de 14 ans, est de 7 centimètres 1/2; la valvule de Gerlach est constante. Sur 46 cas de résections ou d'autopsies, 36 fois il y avait des lésions perforantes. L'auteur admet 3 variétés anatomiques d'appendicite, simple, suppurée, gangréneuse; dans plus de la moitié des cas, il existe des corps étrangers dans l'appendice; presque toujours ce sont des concrétions stercorales. La théorie du vase clos n'est pas applicable chez l'enfant, chez qui l'oblitération inflammatoire ou calculeuse est rare. L'auteur a observé 5 cas de 2 à 5 ans, 33 de 5 à 10 ans, 41 de 10 à 15, dont 21 filles et 58 garçons.

Il décrit 2 formes diagnostiquables : l'appendicite aiguë avec péritonite suppurée enkystée; l'appendicite perforante avec péritonite purulente généralisée, ou péritonite septique. La mortalité a été de 32 0/0.

H. L.

MARFAN. La gastro-entérite cholériforme des nourrissons : son traitement (*Presse méd., 23 déc. 1896*).

L'auteur résume une observation d'un enfant de 4 mois 1/2, élevé au biberon, atteint de choléra infantile après une période de troubles gastro-intestinaux ayant duré près de trois semaines; il fit supprimer le lait, le remplaça par de l'eau bouillie froide, fit injecter en trois fois 30 centimètres cubes d'eau stérilisée, caféinée, et ordonna des bains chauds à 36° (3 par jour). Les vomissements cessèrent dès que le lait fut supprimé et au bout de 7 jours, après des rechutes dues à des tentatives de lait coupé, l'enfant guéri put être mis au lait stérilisé. Marfan préconise la méthode Soxhlet, si l'on est sûr de la provenance du lait, sinon, le lait stérilisé industriel. H. L.

HERMARY. Des hémorragies gastro-intestinales chez les nouveau-nés (*Thèse de Paris, 1896*).

Le mélœna spuria représente un grand nombre de cas d'hémorragies gastro-intestinales; habituellement, le sang vient du mamelon de la nourrice. Le melœna vrai est rare; on le voit à peu près 1 fois sur 800 enfants. Il survient habituellement dans les 3 premiers jours de la vie et

chez des enfants bien portants; il peut paraître dès les premières heures. Les lésions consistent soit en congestion plus ou moins étendue de la muqueuse, soit en ulcérations de l'estomac, du duodénum, quelquefois de l'iléon, jamais du gros intestin.

Les lésions intestinales se produisent sous diverses influences agissant sur tout l'organisme et secondairement sur le tube digestif; asphyxie, troubles de la circulation porto-hépatique, compression de l'abdomen pendant le travail, troubles vaso-moteurs par hémorragie dans le quatrième ventricule, malformations organiques, refroidissement, infection, syphilis. Bon nombre de cas restent inexpliqués.

Les formes symptomatiques sont très nombreuses. La mortalité varie suivant les statistiques, de 51 0/0 à 84 0/0. H. L.

ROLLESTON. A clinical lecture on cirrhosis of the liver in children (*The clinical Journ., 9 sept. 1896*).

L'auteur signale d'abord le foie de la syphilis héréditaire caractérisé par une infiltration diffuse des lobules, par du tissu conjonctif jeune; le foie est gros, jaune et présente parfois à l'œil nu l'aspect d'un foie à tubercules miliaires. Cliniquement le foie cirrhotique ne se caractérise par aucun symptôme, sauf son augmentation de volume.

Chez les rachitiques, le foie, comme la rate, déborde souvent les côtes; la cirrhose est veineuse, et parfois le foie peut devenir graisseux; il est en général régulier de forme, plus dur, ne détermine ni ascite, ni jaunisse.

Enfin, on peut trouver chez les enfants la cirrhose classique de l'adulte. Le foie peut être atrophié ou hypertrophié.

L'auteur d'ailleurs admet que l'on peut rencontrer chez eux des cas de cirrhose hypertrophique de Hanot.

L'auteur n'admet qu'avec réserve l'influence de l'alcool, en tant qu'alcool; il croit plutôt que toute substance toxique apportée par la veine porte ou l'artère hépatique peut donner lieu à une hépatite interstitielle; la dyspepsie qui accompagne l'hépatite est une manifestation et non la cause des altérations du foie. La cirrhose peut être une conséquence tardive de la scarlatine ou de la rougeole, dans des conditions que l'on ne peut préciser.

Pour la cirrhose de Hanot, Rolleston admet une inflammation rétrograde du duodénum aux vaisseaux biliaires. Il insiste sur la difficulté du diagnostic avec certaines péritonites tuberculeuses, et sur la gravité du pronostic. H. L.

J. ISRAEL. Erfahrungen ueber operative..... (Expériences sur le traitement chirurgical de la tuberculose péritonéale) (*Deutsche med. Woch., p. 5, 1896*).

Israël a pratiqué l'opération 3 fois sur des enfants de 4 à 7 ans, 1 fois sur une jeune fille de 2 ans; les 4 opérés ont guéri. Sur les 3 enfants, le diagnostic avait été posé avant l'opération et a été confirmé par l'examen microscopique, ils appartenaient tous les trois au premier stade de la maladie, la guérison s'est maintenue depuis une période de 7 à 17 mois, tous les 3 étaient en état de fièvre hectique avec élévation vespérale variant de 38° à 40°. Dans les 3 cas, il

s'agissait d'une éruption miliaire très étendue occupant toute la surface du péritoine avec quelques cuillerées de liquide seulement; dans les 3 cas, la fermeture de l'abdomen a été précédée de l'injection de 10 à 30 grammes d'huile iodoformée à 10 0/0. La guérison n'est donc pas due à l'évacuation du liquide ascitique, elle peut être obtenue par une simple laparotomie, malgré l'existence d'une ulcération intestinale de nature tuberculeuse. La réouverture de l'abdomen qui fut pratiquée, dans un des cas, 37 jours après la première laparotomie, en raison de la persistance d'un état général mauvais, montra que tous les tubercules, même ceux du volume d'une cerise, avaient disparu dans le même espace de temps. La guérison obtenue dans ces cas prouve que la présence de la fièvre n'est pas une contre-indication à l'opération. Dans le 4e cas, il s'agissait d'une tuberculose du côlon ascendant, se montrant sous la forme d'une tumeur de la grosseur d'une pomme, qui avait déterminé un rétrécissement de l'intestin; la tumeur ne fut pas enlevée, on se contenta d'établir une anastomose entre le côlon et l'iléon et après une injection de 40 grammes d'huile iodoformée à 10 0/0, on referma l'abdomen; l'enfant a guéri et engraissé depuis l'opération, la tumeur s'est réduite au volume d'une noix. H. DE BRINON.

Hugo LASER. Ueber die Häufigkeit des Vorkommens..... (La fréquence de l'adénopathie cervicale chez l'enfant (*Deutsche med. Woch., p. 500, 30 juill. 1896*).

Volland a émis la proposition que la propagation de la phtisie pulmonaire, dans l'enfance, se fait rarement par la voie de l'inhalation, mais le plus souvent par l'introduction directe de germes s'arrêtant dans les glandes cervicales et pénétrant de là dans les organes respiratoires : l'adénopathie cervicale, chez l'enfant, serait donc le premier stade de la phtisie tuberculeuse et l'indication prophylactique qui en découle serait d'empêcher l'enfant de se traîner sur le sol où il prend le germe tuberculeux.

L'auteur a examiné, au point de vue de l'adénopathie cervicale, 1,200 enfants et il trouve que les garçons sont atteints en plus grand nombre que les filles; que la fréquence de l'adénopathie n'est pas en rapport avec la fréquence de la phtisie pulmonaire; que dans la plupart des cas, l'adénopathie cervicale n'est pas en rapport avec la tuberculose. H. DE BRINON.

AYRES. A case of chloroma (*Journal Amer. med. Ass., 7 nov. 1896*).

Ce cas de chloroma concerne un enfant de 7 ans, entré à l'hôpital avec de l'exophtalmie double. La mort survint rapidement à la suite d'une hémorragie profuse de la conjonctive de l'œil droit. L'examen histologique, le siège orbital des néoformations, la propagation au périoste et aux os du crâne, ainsi que la coloration spéciale des tissus néoformés font porter le diagnostic de cancer vert des auteurs français. CART.

TRUMPP. Die Colicystis im Kindesalter (La cystite du col dans l'enfance) (*Münch. med. Woch., p. 1008, 20 oct. 1896*).

Cette affection n'est pas rare dans l'enfance, quoi qu'on en ait dit. Sa fréquence beaucoup plus grande chez les filles fait penser qu'une partie des cas est due à la pénétration directe des germes par l'urètre. Son exis-

tence chez le petit garçon et sa fréquence dans les maladies de l'intestin, spécialement dans l'entérite folliculaire, permet de croire cependant que les bactéries peuvent aussi de l'intestin pénétrer dans les voies urinaires. La cystite du col peut, dans certains cas, donner naissance à de graves symptômes généraux et en se propageant aux reins donner naissance à une néphrite mortelle. C. LUZET.

HUTINEL. Cystites coli-bacillaires chez les enfants (*Presse méd., 18 nov. 1896*).

L'auteur rapporte brièvement l'histoire de plusieurs fillettes qui présentèrent les signes d'une inflammation assez grave de la vessie survenue sans cause appréciable, au moins en dehors de tout traumatisme; en général, elles avaient présenté un écoulement vaginal mal soigné, puis accidentellement se produisait une infection intestinale plus ou moins grave (entérite folliculaire, dysentériforme), et du coup survenait la cystite (besoins d'uriner fréquents, urines rares albumineuses, mucopurulentes); dans tous les cas, la guérison est survenue en 2 à 3 semaines sous l'influence du régime lacté, des boissons émollientes et de lavages de la vessie avec le permanganate de potasse au 5 0/00, en même temps que l'on soignait vaginite et rectite. Dans les cas où l'examen bactériologique fut pratiqué, on constata que le liquide vaginal contenait des colibacilles à l'état de cultures pures, de même que les urines. Hutinel admet l'infection de la vessie par la voie urétrale. H. L.

Ch. PHILIPPE (de Liège). Deux laparotomies pratiquées chez des enfants pour affections intestinales et suivies de guérison (*Arch. prov. de chir., p. 728, déc. 1896*).

Dans le premier cas, il s'agit d'une fillette de 12 ans, chez laquelle la présence de nombreux ascarides qui habitaient l'intestin ont amené une inflammation et une irritation considérables, ce qui fut démontré par les gros ganglions dont était farci le mésentère. Cette irritation a provoqué des contractions tétaniques localisées à certaines portions de l'iléon et par là, le volvulus. Une partie de l'intestin, de 25 à 30 centimètres de long, pendant la laparotomie, se contracte brusquement et momentanément, jusqu'à acquérir le volume du petit doigt, alors que tout le reste demeurait dilaté. L'extrémité de l'appendice gonflé et hyperémié était réunie au sommet de l'anse contournée par une bride inflammatoire récente de 2 centimètres. Il suffit de la sectionner et les suites de l'intervention furent simples.

Dans le deuxième cas, une fillette de 8 ans fut subitement prise d'accidents ressemblant à ceux d'une indigestion avec douleurs abdominales et ballonnement. Ces symptômes durèrent 7 semaines; puis survint un abcès qui s'ouvrit spontanément au niveau de l'ombilic. Tout s'améliorait, quand du pus parut dans les selles.

Incision de la cavité au niveau de l'ombilic. L'incision fut prolongée jusqu'au pubis. Cette incision donna accès dans une grande cavité purulente. L'abdomen était divisé en deux, une cavité postérieure contenant les viscères et l'autre antérieure, sécrétant du pus. On bouche la cavité et tout se guérit parfaitement.

L'auteur pense à une appendicite anormale. F. VERCHÈRE.

MILLIKEN. Supplementary notes on tendon grafting and muscle transplantation for deformities following infantile paralysis (*Med. Record, 28 nov. 1896*).

La paralysie infantile, dans la majeure partie des cas, attaque un groupe de muscles ou un muscle individuel d'un groupe. Les interventions opératoires doivent être faites dans l'espoir de rétablir la symétrie du membre. Lorsque tout le groupe musculaire est paralysé, un muscle sain doit être transplanté et fournir l'insertion du groupe paralysé. Lorsque seule une part du groupe musculaire est paralysée, la greffe tendineuse doit être faite.

Il faut employer pour les sutures du matériel animal, de préférence des tendons de kangourous. Comme ce matériel demande vingt et un jours pour être absorbé, ce n'est qu'après ce laps de temps que l'union parfaite sera obtenue. Les plaies de la peau seront suturées avec du catgut. L'immobilisation parfaite des membres sera obtenue avec les appareils plâtrés. Les greffes tendineuses et les transplantations musculaires réussissent tout particulièrement bien chez les jeunes sujets. CART.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

CHAUFFARD. Dermofibromatose pigmentaire (ou neurofibromatose généralisée), mort par adénome des capsules surrénales et du pancréas (*Soc. méd. des hôp., 20 nov. 1896*).

Un homme de 37 ans entre à l'hôpital pour une diarrhée chronique datant de 15 mois, et présentant en outre le syndrome de la neuro-fibromatose, c'est à-dire à la surface et dans l'épaisseur de la peau une centaine de petites tumeurs nodulaires, sessiles ou pédiculées, mobiles, indolentes ; dans son ensemble, la peau est terreuse, foncée, et on note de plus une vingtaine de taches pigmentaires, café au lait. Le malade mourut en pleine cachexie 5 mois après.

L'autopsie montra que les nodules sous-cutanés étaient complètement indépendants des nerfs adjacents; qu'il n'existait aucun renflement sur le trajet des nerfs ; que les tumeurs consistaient en tissu fibreux adulte.

En outre, il existait dans le ventre, derrière l'estomac, une grosse tumeur constituée par le pancréas, les capsules surrénales et des ganglions. Le pancréas est énorme, induré, d'aspect cancéreux. La capsule surrénale gauche, très grosse également, englobe et comprime le tronc et les rameaux du grand sympathique ; la capsule droite hypertrophiée renferme un kyste hématique gros comme une orange. Les ganglions voisins sont également hypertrophiés et dégénérés. L'examen histologique montra que les lésions tenaient plutôt de l'adénome que de l'épithéliome; Chauffard admet que la lésion primitive a été celle des capsules, et que le pancréas n'aurait été atteint que secondairement. H. L.

FEINDEL. Sur 4 cas de neurofibromatose généralisée (*Thèse de Paris, 1897.*)

La neurofibromatose généralisée est une maladie congénitale de tous les organes de provenance ectodermique. Les éléments de l'ectoderme primitivement malformés sont dans un état d'équilibre instable et par suite aptes à verser du côté pathologique sous l'influence de causes nocives atteignant l'organisme. Suivant la malformation plus ou moins accusée des éléments ectodermiques, la neurofibromatose généralisée s'accuse dès la naissance ou bien se complète en plusieurs temps, quelquefois à l'occasion d'une cause occasionnelle, traumatisme, infection, intoxication. C'est ainsi qu'une nouvelle tumeur peut se développer après un choc, au point percuté.

La malformation primitive des cellules ectodermiques et secondairement leur lésion, font naître les symptômes de la maladie : du côté des centres nerveux, la lésion des éléments se manifeste par la présence de troubles fonctionnels divers et peut-être aussi par certaines variétés de pigmentations cutanées ; sur l'épiderme, la lésion des éléments est l'origine d'une partie tout au moins des taches pigmentaires ; enfin, les éléments qui unissent la peau au système nerveux central, eux aussi de provenance ectodermique, sont en état d'infériorité et parce qu'ils sont malformés, et parce qu'ils conduisent des impressions imparfaites.

Il en résulte qu'au contact de l'élément conducteur se développent des tératomes sur le trajet du tronc nerveux, ou de ses rameaux, ou sur les divisions terminales de la fibre. Le tératome peut s'accroître et produire d'énormes fibromes, ou bien s'accompagner d'un retour à l'état embryonnaire, et constituer un sarcome malin. F. BALZER.

HALLOPEAU et BUREAU. Note sur l'affection dite folliclis (*Ann. de derm., VII, p. 1428*).

D'après les examens histologiques, cette affection n'a son point de départ ni dans les follicules pilo-sébacés, ni dans les glandes sudoripares, mais au niveau des vaisseaux. Son siège profond, dans la région des glandes sudoripares, tient probablement à l'extrême richesse vasculaire qui existe à ce niveau. Elle n'est pas d'origine externe, ni due à une infection extérieure, car ses lésions ne sont pas celles que l'on trouve dans ces cas; on trouve des lésions de mortification et de nécrose des tissus, qui expliquent la marche lente de ces nodules. Les auteurs interprètent ainsi l'évolution : apport par la circulation de matériaux toxiques, probablement d'origine tuberculeuse, dans les vaisseaux du derme, production de lésions prolifératives et nécrosiques, suppuration secondaire, troubles réflexes dans l'innervation vaso-motrice. F. BALZER.

DARIER. Des tuberculides cutanées (*Annales de derm., VII, p. 1431*).

Darier propose d'appliquer la dénomination de tuberculides cutanées, aux affections désignées sous les noms d'acne des cachectiques, acne scrofulosorum, folliculite disséminée ou groupée, acnitis, folliclis, hydrosadénite destruens ou suppurative, granulome innominé ou même lupus érythémateux disséminé. Ces diverses dermatoses forment un groupe

naturel: il s'agit d'éruptions successives, d'éléments débutant par des papules ou nodules intradermiques, indolents, se couronnant d'une vésico-pustule qui se crève ou se dessèche en croûte, offre une dépression ulcéreuse, et guérit en laissant une macule cicatricielle et pigmentée. L'évolution des éléments est d'une lenteur caractéristique, et dure des semaines et des mois. La topographie et le groupement des éléments sont très variables, et les types mal définis. En second lieu, il existe une relation certaine entre ces éruptions et la tuberculose; on les constate chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire; quelquefois, elles coexistent avec des tuberculoses cutanées, lupus ou gommes tuberculeuses; elles offrent ainsi des rapports avec le lichen scrofulosorum, le lupus érythémateux, le lupus pernio et les engelures.

Toutefois, personne jusqu'ici n'a trouvé de bacilles de Koch dans les lésions de ce groupe et l'histologie donne des résultats assez variables. S'agit-il de lésions dues aux toxines? Darier propose, pour rappeler les rapports de ces éruptions avec la tuberculose, de leur donner le nom de tuberculides et de les placer dans un groupe distinct, à côté des tuberculoses vraies de la peau, telles que le lupus, les gommes et les ulcères.

F. BALZER.

Constantin ROBEFF. Contribution à l'étude de la tuberculose verruqueuse de la peau (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

La tuberculose verruqueuse n'est jamais d'origine vasculaire, elle se produit toujours par inoculation, que les germes viennent de l'extérieur ou d'un foyer profond. L'inoculation tuberculeuse de la peau qui, dans certaines régions (mains, pieds, anus), donne généralement naissance à la forme de tuberculose verruqueuse, peut produire dans d'autres régions, le lupus classique. La tuberculose verruqueuse est constituée par des plaques dont le centre est formé par une surface papillomateuse.

DONNADIEU.

BROCQ. Nouveau fait pour servir à l'histoire des tuberculides (*Annales de derm., VIII, p. 60*).

Jeune fille de 20 ans, sans tare tuberculeuse nette, ni personnelle, ni familiale, mais ayant des adénopathies cervicales assez accentuées et ayant maigri depuis quelques mois; l'auteur relève la coïncidence de la kératose pilaire, de l'asphyxie locale des extrémités, des engelures, de l'angio-kératome au début, de papulo-pustulettes à cicatricules consécutives discrètes ou agglomérées, symétriques, donnant lieu, par places, à des placards absolument analogues à des lésions de lupus érythémateux situées au cuir chevelu.

Brocq, à propos de ce fait, demande si le nom de tuberculides convient bien à des lésions qui peuvent disparaître sans médication ou du moins guérir avec rapidité. L'explication proposée de la pathogénie de ces lésions par les toxines de la tuberculose est possible ou probable, mais non démontrée. D'autres germes morbides peuvent évoluer sur un terrain propre au développement de la tuberculose et la pathogénie des affections qualifiées de tuberculides pourrait recevoir, dans l'avenir, une nouvelle explication. Il faut donc n'accepter le nouveau terme qu'avec réserve.

F. BALZER.

Gerhardt WOLTERSDORF. Heilung lokaler Hauttuberkulose..... (Guérison de la tuberculose cutanée par la méthode de Bier) (*Deutsche med. Woch., p. 668, 8 oct. 1896*).

En faisant une autopsie de tuberculeux au mois de mai 1892, l'auteur se fait une piqûre anatomique au quatrième doigt de la main gauche, trois mois après environ, paraissent au niveau de la cicatrice, des tubercules qui atteignent bientôt l'étendue d'un mark. Tous les traitements échouent. En 1894, Woltersdorf a l'idée d'employer un anneau comme application de la méthode de Bier. L'anneau difficilement introduit n'est d'abord supporté que peu de temps, le doigt devient violacé et froid et la douleur force à interrompre les applications. Mais, au bout d'un certain temps, l'auteur arrive à supporter l'anneau d'une manière continue et au bout de trois mois toute trace de tubercules a disparu sans qu'il ait été fait d'autre traitement. La guérison s'est maintenue depuis deux ans. H. DE BRINON.

JANOVSKY et MOUREK. Beiträge zur Lehre von der multiplen Hautgangrän (Gangrènes cutanées multiples) (*Archiv f. Derm., XXXV, p. 359, 1896*).

Les auteurs distinguent plusieurs formes de cette maladie ; le groupe le plus nombreux comprend les névropathes chez lesquels la symptomatologie est celle d'une affection des vaso-moteurs. Un autre groupe étudié par Demme est constitué par un érythème noueux avec purpura ; Demme admet l'existence d'un microbe spécial qu'il a pu isoler. Les auteurs ont observé deux cas qui appartiennent à ce groupe. Ils ont observé encore un troisième cas tout à fait à part, chez un homme âgé de 44 ans qui n'était ni alcoolique, ni névropathe, ni syphilitique, ni artério-scléreux. Il se forma une éruption de papules planes, roses avec périphérie roussâtre; quelques-unes présentaient à leur centre une escarre brune ou noirâtre, recouvrant une ulcération bourgeonnante et à bords taillés à pic. Laissée en place, l'escarre se détachait bientôt et laissait après elle une tache pigmentée. Le malade avait été piqué quelques mois auparavant par une mouche, mais on ne put trouver le bacille du charbon. F. BALZER.

CLAISSE. Pathogénie des purpuras infectieux (*Bulletin méd., n° 72, p. 855, 1896*).

On peut classer les purpuras en deux grandes catégories : 1° les purpuras infectieux dus à des poisons endogènes; 2° les purpuras médicamenteux dus à des poisons exogènes. Les purpuras infectieux sont produits par des microbes variés qui agissent par leurs toxines. Le rôle du système nerveux dans la genèse du purpura est démontré par des expériences et par des faits cliniques : les phénomènes de vaso-dilatation peuvent aboutir à une rupture vasculaire. Enfin, le purpura peut être dû à des altérations des parois vasculaires, à la vascularité ordinairement d'origine infectieuse. Les maladies du foie qui s'opposent à la destruction des poisons, celles du rein qui empêchent leur élimination, favorisent beaucoup la production du purpura. F. BALZER.

APERT. Le purpura : sa pathogénie et celle de ses diverses variétés cliniques (*Thèse de Paris, 1897*).

Parmi les nombreuses causes du purpura, les unes, telles que les lésions vasculaires ou nerveuses, sont seulement des influences localisatrices; d'autres n'appartiennent qu'à certaines variétés cliniques. Le purpura exanthématique ou rhumatoïde reconnaît pour cause l'intoxication sous toutes ses formes et surtout la toxinhémie. Le purpura aux allures infectieuses, évoluant à la façon des septicémies, est dû à des embolies microbiennes; il peut s'accompagner de phlegmons, d'abcès, de gangrène, etc. La maladie de Werlhof, caractérisée par de larges macules hémorragiques, sans fièvre ni état infectieux, est une affection rare dont l'étiologie reste inconnue. Parmi les purpuras secondaires, les uns prennent la forme exanthématique et sont dus à des toxémies; d'autres sont pétéchiaux et dus à des septicémies; d'autres sont maculeux et dus à des altérations humorales, se manifestant ou non par des troubles de la coagulation du sang et ayant pour origine une insuffisance hépatique due à des altérations des cellules du foie. Entre ces divers types cliniques, existent des cas à symptômes mixtes et dus aussi à une pathogénie complexe; ces formes se voient surtout dans les purpuras secondaires.

F. BALZER.

FAREZ. De la dyshydrose (*Thèse de Paris, 1896*).

Cette affection causée par une éruption de petites vésicules qui s'installent d'emblée est quelquefois précédée de prodrome. L'auteur décrit la dyshydrose-type et ses variétés coalescente ou bulleuse, pustuleuse par rupture des vésicules et infection secondaire (variété impétigineuse). Elle se développe surtout sous l'influence de la diathèse neuro-arthritique et les individus qui en sont affectés présentent presque toujours diverses manifestations de cette diathèse, excitabilité, fourmillements, vertiges, cryesthésie, dermographisme, etc. La déchéance organique, les maladies infectieuses, les intoxications chroniques y prédisposent; et l'affection est souvent provoquée par une brusque fatigue physique, de violentes émotions morales, des auto-intoxications aiguës, des irritations extérieures, mécaniques, caloriques, chimiques.

On doit considérer comme définitivement acquis, que la dyshydrose ne siège pas dans l'appareil sudoripare. Le processus vésiculeux se développe dans les espaces inter-cellulaires de la couche épineuse. Le contenu de la vésicule est constitué par des éléments qui ont transsudé à travers les parois vasculaires du réseau papillaire superficiel consécutivement à l'inflammation des vaisseaux. L'inflammation papillaire a pour cause l'exaspération momentanée d'un trouble vaso-moteur chronique lié à une intoxication générale du système nerveux. La dyshydrose supposant un fonds à la fois nerveux, vaso-moteur et toxique, peut être définie une toxi-névrodermite ou dermatose vasomotrice toxique.

F. BALZER.

MIBELLI. Contribution à l'étude de l'hydroa vacciniforme de Bazin (*Giorn. ital. d. mal. vener., XXI, p. 690*).

L'auteur rapporte une intéressante observation d'hydroa vacciniforme, la première qui ait été publiée en Italie et concernant une enfant de 12 ans. La maladie s'est déclarée chez lui pour la première fois en 1891 et tous les ans vers la fin de février l'éruption reparaissait aux premiers jours de soleil. Elle se développait avec une grande rapidité, du soir au matin, occupant la face ; plus tard l'éruption atteignit aussi les membres et les épaules.

Les vésicules caractéristiques se produisent par poussées successives depuis février jusqu'en mai et cessent ensuite jusqu'à l'année suivante. Elles ont manqué en 1895, l'enfant ayant gardé le lit au mois de février et de mars pour une fièvre typhoïde. Elles ont reparu le 14 février 1896 et se sont reproduites par poussées jusqu'à la fin d'avril. L'auteur donne une description complète de l'éruption. Les cultures qu'il a faites du contenu des vésicules ont donné seulement le staphylocoque doré.

Le caractère de maladie d'origine solaire était nettement accusé dans ce cas où les poussées nouvelles se produisaient régulièrement aux premières chaleurs et se localisaient exclusivement sur les parties découvertes.

Les vésicules dures, tendues, volumineuses, d'une coloration violacée presque ecchymotique au centre, fréquemment ombiliquées, se terminant par croûtes sèches et souvent formation de cicatrices, étaient caractéristiques et justifiaient bien la dénomination d'hydroa vacciniforme adoptée par Bazin.

Histologiquement, le processus morbide de l'hydroa vacciniforme consiste en une forte dermite avec exsudat leucocytique et fibrineux, amenant la formation des vésicules dans les couches moyennes du corps de Malpighi.

La vésicule ne résulte pas d'une altération dégénérative des cellules épithéliales, mais d'un élargissement des espaces intercellulaires dû à l'invasion du liquide exsudé par les capillaires, avec rupture des ponts qui unissent les cellules, et formation de vacuoles. Au centre, il peut y avoir nécrobiose des éléments exsudés et des cellules du corps papillaire et par suite, perte de substance assez fréquemment, puis cicatrice.

F. BALZER.

BEHREND. Ein Fall von Pemphigus acutus mit Horncystenbildung (Un cas de pemphigus aigu avec kystes cornés) (*Arch. f. Derm., XXXVI, p. 343, 1896*).

Une petite fille de 9 ans avait, au milieu de la paupière inférieure droite, une petite verrue que son père enleva avec des ciseaux. Bientôt après de nouvelles verrues se montrent sur la cicatrice, s'étendant vers l'angle externe de l'œil et gagnant même toute la paupière supérieure. Un mois après, les paupières de l'œil gauche étaient envahies suivant le même mode, et d'autres verrues se montrèrent aussi aux aisselles. Cette enfant en présentait encore d'autres d'origine congénitale en différents points du corps.

F. BALZER.

I. — **HERXHEIMER. Ueber Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen über die Natur der Langerhanschen Zellen (Du pemphigus végétant; sur la nature des cellules de Langerhans)** (*Archiv für Derm.*, *XXXVI*, *p. 141*).

II. — **STUVE. Stoffwechseluntersuchungen betreffend ein Fall von Pemphigus vegetans (Sur la nutrition dans un cas de pemphigus végétant)** (*Ibid.*, *p. 191*).

I. — L'auteur rapporte l'histoire de trois cas de pemphigus végétant sur lesquels deux ont débuté par des lésions de la muqueuse buccale. Dans un des cas, des ulcérations survinrent aux ongles des mains, cinq ans après les lésions cutanées. La maladie ne commence pas toujours par la muqueuse buccale, et quand cela arrive, le pronostic est plus grave. Le meilleur caractère, au point de vue du diagnostic, est l'apparition des lésions proliférantes des muqueuses. La marche est lente et s'accompagne d'amaigrissement; l'auteur a noté des contractions musculaires, semblables à celles qui s'observent chez les individus qui dépérissent. Il admet aussi que la maladie se rapproche du pemphigus vulgaire. Les végétations seraient causées par des substances de nature chimique; et on pourrait comparer le processus à celui des végétations qui surviennent dans certaines éruptions iodiques. Peut-être seraient-elles dues à des toxines. La nature infectieuse du pemphigus végétant n'est pas encore démontrée, ni ses rapports avec des altérations du système nerveux central.

L'auteur recommande une alimentation abondante avec des substances grasses surtout et les hydrocarbures. Dans ses recherches histologiques, l'auteur insiste sur la présence des cellules de Langerhans, tant dans les végétations œdémateuses, que dans celles qui sont sèches. Il ne les considère pas comme des organes nerveux terminaux, mais comme des cellules qui passent du tissu conjonctif dans le tissu éphithélial. Dans les mailles du réseau des cellules de Langerhans et spécialement dans leurs prolongements, l'auteur a rencontré des grains brunâtres, disséminées ou réunis en groupes. Ces grains sont de nature pigmentaire, et l'auteur croit les cellules de Langerhans identiques aux cellules éphithéliales chromatophores.

II. — Dans un des cas publiés par Herxheimer, l'auteur a fait des recherches sur la nutrition. Il a trouvé une fixation d'azote d'environ 1 gramme par jour, quantité beaucoup moindre que celle qui aurait dû exister avec une nutrition normale. L'alimentation abondante par les albuminoïdes, la diminution progressive du poids, les secrétions au niveau des points lésés, faisaient supposer une absorption d'azote plus grande. Certains poisons doués d'une action destructive du protoplasma cellulaire, comme ceux des maladies infectieuses et des intoxications, entravent probablement cette fixation. En somme, dans le pemphigus végétant, il y a une augmentation anormale dans la consomption des substances albuminoïdes, accompagnant la consomption générale progressive.

F. BALZER.

ROUHER. Du zona prémonitoire de la tuberculose (*Thèse de Paris, 1897*).

Le zona peut être, dans certains cas, un symptôme prémonitoire de la

tuberculose, au même titre que certains signes prégranuliques, dyspepsie, albuminurie, myxœdème, etc., signalés par les auteurs. Il semble dû à une infection du système nerveux par les toxines de la tuberculose. Il en résulte donc l'indication de l'examen du poumon chez les sujets atteints de zona et l'étude des commémoratifs et des antécédents.

F. BALZER.

TÖRÖCK. Quelques remarques sur la signification des lésions eczémateuses et sur les réactions générales de la peau (*Ann. de derm.*, *VII*, *p. 1397*, *1896*).

Sous l'action des agents d'irritation extrinsèques et intrinsèques, la peau réagit par l'hyperémie congestive, l'œdème irritatif, par l'exsudation des éléments du sang, par une prolifération modérée des cellules fixes, et par des symptômes subjectifs de la part des nerfs sensitifs. Si l'influence des agents thermiques et chimiques sur l'épiderme était plus accentuée, il se produirait des altérations plus accentuées, soit une anomalie de la cornéification avec desquamation, soit la nécrose colliquative des cellules épithéliales menant à la formation de bulles et de vésicules (eczématisation). Par l'irritation chronique de la peau par des agents mécaniques ou plus rarement chimiques et d'intensité modérée, il se forme, outre l'hyperémie et l'œdème, une hypertrophie égale et modérée des couches superficielles de l'épiderme et du derme se traduisant par une accentuation du quadrillage des rainures épithéliales, par une induration et une coloration foncée de la peau (lichénification). Ces réactions générales de la peau se produisent plus facilement suivant certaines conditions pathologiques. La cause immédiate ne semble jouer qu'un rôle provocateur, tandis que le mode de réaction est donné par le mécanisme préformé de la peau et par les causes prédisposantes. Le prurit joue un rôle très notable comme condition prédisposante pour certaines réactions de la peau, notamment pour l'eczématisation et la lichénification, pour les papules d'eczéma et de prurigo. Ces altérations pathologiques et d'autres qui peuvent se produire ne peuvent pas servir seules pour caractériser une maladie et fournir la base du diagnostic. Elles peuvent servir, faute de mieux et provisoirement, pour former des groupes de maladies, en attendant des signes plus caractéristiques et plus essentiels. F. BALZER.

EMERY et GASTOU. Ecthyma scrofuleux (*Ann. de derm.*, *VII*, *p. 1438*).

Sous cette dénomination imparfaite, les auteurs désignent une affection de la peau qu'ils ont observée chez une jeune fille de 20 ans. Cette malade présentait depuis un mois, sur toute l'étendue des membres inférieurs, des nodosités sous-cutanées dures et douloureuses, de dimensions variées, qui deviennent rouges. Il se forme un décollement de l'épiderme, et le centre de la nodosité se perfore, se creuse et devient cupuliforme. Autour de l'ulcération on voit une zone érythémateuse, qui se confond par teintes dégradées avec la zone périphérique fortement pigmentée. L'évolution de ces éléments se fait en une ou deux semaines. La malade n'est ni syphilitique, ni tuberculeuse. La lésion ressemble surtout aux gommes tuberculeuses de la peau, mais l'examen histologique montre qu'il ne s'agit ni de la tuberculose bacillaire, ni de l'ecthyma vulgaire. Les altérations histologiques seraient plutôt voisines de celles des gommes syphilitiques, mais la malade n'est pas

syphilitique, ni hérédo-syphilitique. Les auteurs se demandent s'il ne s'agit pas ici encore de lésions causées par les toxines tuberculeuses créant ainsi une scrofulide ulcéreuse.

F. BALZER.

WILLOUGHBY. Note on the family history of a patient with ichthyosis (*The Lancet, p. 309, 30 janv. 1897*).

Dans une famille comptant 8 enfants, on observe : un garçon de 15 ans, atteint d'ichthyose ; un garçon de 14 ans, indemne ; un garçon de 12 ans, avec ichthyose ; deux filles de 10 et 9 ans, indemnes ; un garçon de 7 ans, avec ichthyose ; une fille de 5 ans, indemne, et un garçon de 5 semaines, avec ichthyose. Le père et la mère sont indemnes ; l'aïeul maternel avait été atteint d'ichthyose.

La mère de ces 8 enfants a deux sœurs, qui sont restées, ainsi que leurs enfants, indemnes d'affection cutanée.

Cette mère a 3 frères ; deux sont atteints d'ichthyose ; l'un de ces derniers est marié, mais ses 7 enfants, tant filles que garçons, sont indemnes.

P. MAUBRAC.

BROCQ. Cas de télangiectasies en plaques multiples (*Ann. de derm., VIII, p. 41*).

Femme âgée de 59 ans, chez laquelle, depuis la ménopause vers l'âge de 50 ans, se sont formées des taches d'un rouge vif, d'abord sur la jambe gauche, puis rapidement sur différents points à la suite d'accidents pulmonaires. Les membres inférieurs présentent de très nombreuses taches télangiectasiques rouges, quelques-unes avec des varicosités bleuâtres, ovalaires, atteignant jusqu'à la dimension d'une pièce de 1 franc. Quelques-unes présentent des taches blanchâtres, nacrées, quelquefois une desquamation furfuracée. Les membres inférieurs présentent en outre des varices. Les télangiectasies sont rares ; il en existe un moulage au musée de l'hôpital Saint-Louis. Sept autres cas ont été publiés. L'auteur croit que ces télangiectasies peuvent être la conséquence de troubles névropathiques. Il y aura lieu aussi de rechercher l'influence de la syphilis.

F. BALZER.

JEANTY. De l'adéno-lymphocèle crurale en Haïti (*Thèse de Paris, 1896*).

L'adéno-lymphocèle crurale observée en Haïti est due à la filariose. Les embryons de la filaire qui se rencontrent dans le sang ou dans la tumeur expliquent l'obstruction des lymphatiques et la formation de la tumeur.

L'intervention chirurgicale, si redoutable autrefois, donne de meilleurs résultats depuis l'antisepsie ; seule elle offre des chances de succès.

F. BALZER.

PELAGATTI. Les tricophytons de la province de Parme (*Giornale ital. delle mal vener., XXI, p. 724*).

L'auteur a obtenu par ses cultures les variétés suivantes : rouge violette, rose, blanc-jaune, blanche, jaune brune, jaune pulvérulente, jaune cratériforme, noire. Il admet la pluralité des variétés tricophytiques. Chaque variété peut causer diverses lésions, depuis la teigne tonsurante

jusqu'au sycosis. L'aspect clinique d'une lésion ne peut faire diagnostiquer la variété du tricophyton et les caractères d'une culture ne peuvent faire reconnaître de quelle forme clinique elle provient. La disposition et la situation du champignon dans le poil n'ont pas de valeur pour le diagnostic différentiel. L'examen microscopique des cultures ne donne pas d'indications suffisantes pour différencier les espèces.

La composition variée des moyens de culture modifie les caractères morphologiques de chaque variété, mais pas au point d'empêcher de relever les différences à première vue ; les caractères morphologiques sont modifiés aussi par l'âge, les cultures successives, la température ambiante, la lumière, l'humidité. La virulence peut être atténuée par ces agents au point que le tricophyton peut perdre son pouvoir pathogène. On peut lui rendre cette virulence à l'aide de divers moyens, notamment par la culture sur pomme de terre F. BALZER.

R. SABOURAUD. La séborrhée grasse et la pelade (*Ann. de l'Inst. Pasteur, XI, p. 134, fév. 1897*).

Sous le nom de séborrhée grasse, S. décrit une maladie caractérisée par l'exagération du flux ou sebum, l'augmentation du diamètre normal des pores sébacés et sur les régions pilaires par une dépilation diffuse, paroxystique comme l'exsudation elle-même et qui devient à la longue définitive.

Elle est causée par un microbacille, déjà vu mais mal interprété par Unna, qui forme une colonie bacillaire dans un cocon qui siège dans le 1/3 supérieur du follicule pilaire, entre la surface cutanée et l'abouchement de la glande dans le follicule. Ce cocon microbien est le cylindre gras que la pression de la peau fait sortir. Des infections secondaires peuvent venir se greffer sur la séborrhée grasse du visage ; acné polymorphe, furonculose à répétition. Au niveau du cuir chevelu, elle aboutit à la calvitie séborrhéique.

La pelade commune est liée intimement à la séborrhée grasse. Toute plaque peladique, avant que sa dépilation ne commence et tant qu'elle dure est le siège d'une infection séborrhéique intense, pure, localisée à sa surface. Dans la pelade chronique, l'infection des follicules demeure permanente; la pelade aiguë est une séborrhée aiguë locale ; la pelade décalvante, une séborrhée chronique généralisée. Cette étude fournit la définition de la pelade. Elle précise étroitement le problème de ses origines, mais elle n'en précise que les termes sans en donner la solution. Le même parasite crée deux maladies cliniquement distinctes. Par quel mécanisme fait-il l'un ou l'autre? La séborrhée grasse et la pelade se ressemblent étroitement ; elles ne sont pas identiques. PAUL TISSIER.

W. DE HOLSTEIN. Traitement de la gale par la teinture de benjoin (*Semaine méd., 24 fév. 1897*).

H. a traité deux cas de gale par de simples badigeonnages de teinture de benjoin ; dès la première application, les démangeaisons cessèrent et la guérison survint rapidement. L'auteur pense que l'alcool facilite la pénétration du benjoin dans les sillons et que les vapeurs volatiles de cette substance sont capables de tuer l'acare. A. C.

MAC INTIRE. Notes on actinomycosis (*Boston med. surg. Journ., 28 janv. 1896*).

Ancien soldat, âgé de 51 ans, qui accusa comme premier symptôme un gonflement s'étendant sous les 8e, 9e et 10e côtes, à gauche en avant, et s'accompagnant de dyspnée. Débridement : masse dure caséifiée, très peu de pus, présence d'actinomyces. Traitement interne par l'iodure de potassium, sans aucune amélioration. Formation en arrière, à gauche, d'une nouvelle collection de produits caséeux, puis phénomènes de pleurésie bilatérale et mort dans le marasme en l'espace de 8 mois. CART.

BUSCHKE. Ueber chronischen Rotz der menschlichen Haut..... (De la morve chronique de la peau humaine et de l'emploi de la malléine chez l'homme) (*Arch. f. Dermat., XXXVI, p. 323, 1896*).

L'auteur a observé un vieillard de 73 ans qui depuis six mois environ avait présenté des lésions rouges et douloureuses à l'index droit, lésions qui s'ulcérèrent, guérirent spontanément, mais en se reproduisant localement au dos de la main. Un des ulcères avec ses bords taillés à pic, uniformes, pénétrait jusqu'au tendon. Les ganglions axillaires et inguinaux étaient engorgés. Les doutes sur le diagnostic ne furent levés que par la culture et l'expérimentation sur les animaux par les injections intrapéritonéales, suivant la méthode de Straus. L'auteur, jusque-là, avait pensé à une lésion syphilitique.

La malléine peut être employée pour la morve humaine comme méthode servant au diagnostic et au pronostic. Quand les foyers de morve sont localisés, le meilleur traitement est l'extirpation jusqu'au tissu sain avec cautérisation avec le thermo-cautère. F. BALZER.

ORO. Nota clinica istologica su di un caso di eritema balsamico (*Soc. ital. di derm., oct. 1896*).

L'auteur a observé un cas d'érythème maculo-papuleux apparu au cours d'une blennorragie traitée par le copahu.

L'examen microscopique a montré des lésions très légères dans la couche de Malpighi ; dans le derme, infiltration de cellules rondes autour des vaisseaux et autour des annexes, glandes, follicules pileux, muscles. Les éléments fixes du tissu ne participent pas à cette infiltration cellulaire, partie évidemment des vaisseaux. F. BALZER.

NÉLATON. Traitement chirurgical du lupus (*Ann. de derm., VIII, p. 1*).

Nélaton a traité un lupus occupant toute la face, par le raclage avec la curette de Volkmann et la cautérisation au thermocautère. Un autre lupus a été traité de même et, dans les deux cas, l'amélioration obtenue a été équivalente à la guérison, à part certains points où la pénétration profonde du thermocautère a été suivie de kéloïdes. Il recommande ces opérations faites d'un seul coup et d'une manière radicale avec l'anesthésie chloroformique, F. BALZER.

BOURGES. L'hygiène du syphilitique (*1 vol., Paris, 1896*).

L'ouvrage est divisé en trois parties. La première comprend l'étude

des conditions de propagation et des modes de transmission de la syphilis, par contagion directe et indirecte, par hérédité et par conception ; l'auteur étudie en outre la nature du contage encore inconnu, ses origines et ses portes d'entrée. Dans la seconde partie, qui concerne l'hygiène individuelle, nous trouvons d'abord l'exposé de la prophylaxie de la syphilis : prophylaxie individuelle, dans le mariage, dans l'allaitement, dans la vaccination. L'auteur consacre aussi quelques pages aux tentatives de vaccination et de sérothérapie. Parmi les chapitres traitant de questions pratiques, il faut citer ceux qui sont consacrés à l'hygiène morale et physique du syphilitique et aux cures thermo-minérales. On trouvera une étude intéressante de la balnéation, de l'hydrothérapie, de la thalassothérapie, des cures de chaleur, des cures d'air, des cures aux eaux minérales. La troisième partie traite des mesures d'hygiène générale et des règlements sanitaires contre la syphilis. On ne peut que féliciter l'auteur de l'ordre et de la clarté qui rendent des plus attrayantes la lecture de ce petit traité. F. BALZER.

G. OGILVIE. De la réinfection de la syphilis (*France méd., 23 oct. 1896*).

Un médecin, dans la 5e année de ses études, en 1876, contracte la syphilis d'une femme qui, quelques jours après, est reconnue atteinte d'accidents secondaires. Le chancre est diagnostiqué par trois médecins éminents, et il est suivi de roséole, de plaques muqueuses, d'ulcérations, qui ne disparaissent qu'après un traitement spécifique d'un an et demi au moins.

En 1891, il survient un second chancre induré de siège différent du premier, accompagné d'adénopathie et d'éruption roséolique typique. Plusieurs médecins, dont un spécialiste réputé, n'élèvent aucun doute sur la nature des accidents, auxquels se joignent bientôt quelques plaques muqueuses. Un ami du patient a contracté pour la première fois la syphilis à la même source, à peu près à la même date. LEFLAIVE.

WEYGANDT. Ein Beitrag zur Histologie der Syphilis des Centralnervensystems (*Archiv f. Psychiat., XXVIII, 2, p. 457*).

Il s'agit d'une gomme du lobe frontal droit, du volume d'un œuf de pigeon, chez un homme mort à l'âge de 65 ans, et qui avait contracté la syphilis trente ans auparavant. Tout autour de cette gomme, l'examen histologique a fait constater tous les degrés possibles des lésions syphilitiques artérielles. Le processus artériel avait eu son point de départ dans une infiltration de la tunique adventice par des cellules arrondies. L'auteur donne une description très détaillée des résultats de l'examen histologique. Dans les autres parties du système nerveux central et jusque dans la moelle lombaire, le tissu nerveux était le siège d'une infiltration par noyaux embryonnaires. E. RICKLIN.

BRASCH. Zur Pathologie der syphilitischen Erkrankungen des Central-Nervensystems (*Berlin. klin. Woch., p. 705, 3 août 1896*).

Brasch tire d'une observation détaillée de syphilis nerveuse précoce les conclusions suivantes : 1° les affections du système nerveux peuvent survenir à tous les stades de la syphilis, souvent même quelques semaines seulement après l'infection ; 2° la distinction entre les manifestations

secondaires et tertiaires de la syphilis des centres nerveux est dénuée de valeur pratique; 3° plus le traitement a été insuffisant, d'autant plus hâtivement se produisent des affections graves des centres nerveux; 4° il n'y a de différence entre les manifestations précoces et tardives qu'en ce que les premières ont un début et une évolution plus aigus et un pronostic plus grave que les dernières dont la marche est chronique et le pronostic plus favorable. J. B.

Von BECHTEREW. Ueber syphilitische disseminirte, cerebrospinale Sklerose, etc. (Sur la sclérose cérébro-spinale disséminée, d'origine syphilitique, avec remarques sur la dégénérescence secondaire des fibres du pédoncule cérébelleux antérieur, du faisceau central de la coiffe et du ruban de Reil (*Archiv für Psychiatrie, XXVIII, 3, p. 742*).

Bechterew relate le cas d'un officier russe qui avait contracté la syphilis. Un an plus tard il présentait les symptômes de la paralysie spinale spasmodique (tabes spasmodique), et en plus un endolorissement local du rachis, des phénomènes de paresthésie, ainsi que des troubles urinaires. On soumit le malade au traitement spécifique. La paraplégie subit une atténuation passagère, puis elle s'aggrava de nouveau. Aux accidents du début s'associèrent de l'embarras de la parole, du strabisme, de la diplopie. Plus tard le malade a eu deux attaques apoplectiformes. Il est devenu sujet à des explosions de rire ; il a présenté une paralysie faciale gauche et de l'hémianopsie.

Le malade a succombé deux ans et trois mois après le début des premiers symptômes. Voici, en quelques mots, ce qu'on a trouvé à l'autopsie : état trouble de la pie-mère, le long des vaisseaux ; artérite syphilitique de la base; par places, plaques grises disséminées, qui adhéraient fortement aux vaisseaux artériels avoisinants. Le long des bords de ces plaques, la pulpe cérébrale était ramollie. Des îlots analogues ont été trouvés dans la protubérance, dans les tubercules quadrijumeaux postérieurs, dans l'étage supérieur du pédoncule cérébral gauche, et à la face antérieure de la moelle. L'examen histologique a fait constater, au sein de ces plaques, des vaisseaux épaissis, du tissu conjonctif, ainsi que des granulations. Indépendamment de ces îlots de sclérose, on a découvert, en fait d'autres altérations des centres nerveux : une dégénérescence ascendante des cordons de Goll, dans la partie supérieure du segment dorsal et dans le segment cervical; une dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux croisés et directs ; une dégénérescence descendante intéressant un petit faisceau du pédoncule cérébelleux supérieur gauche ; une dégénérescence descendante du faisceau décrit par l'auteur sous le nom de faisceau central de la coiffe, se continuant jusqu'à l'olive inférieure; une dégénérescence ascendante et descendante du ruban de Reil, à gauche, qui, remontait d'une part, jusqu'à la couche optique et, d'autre part, descendait jusqu'aux noyaux du cordon postérieur du côté opposé.

A l'idée de Bechterew, les îlots de sclérose avaient eu pour point de départ une artérite syphilitique des vaisseaux, et c'est par là que ce cas différait de la sclérose en plaques vulgaire, affection dans laquelle les îlots de sclérose présentent une structure différente et n'entraînent pas à leur suite de dégénérescences secondaires. D'ailleurs, eu égard à son expression clinique, le cas différait également des formes frustes, atypiques, de la sclérose en plaques ; il se rapprochait davantage de la syphilis cérébro-spinale.

En rapprochant ce cas, d'autres analogues, publiés par Charcot, par

Gombault, par Khaler, l'auteur croit pouvoir conclure à l'existence d'une forme spéciale d'affection syphilitique des centres nerveux, qu'il propose de dénommer « sclérose cérébro-spinale syphilitique disséminée ».

L'auteur discute, point par point, les particularités cliniques et anatomo-pathologiques du cas qui a servi de thème à son travail. E. RICKLIN.

GASNE. Localisations spinales de la syphilis héréditaire (*Thèse de Paris, 1897*).

La myélite hérédo-syphilitique peut être précoce ou tardive. Les lésions congénitales sont : l'infiltration diffuse de cellules embryonnaires, les gommes, la sclérose; ces lésions portent sur les vaisseaux, les méninges, l'espace sous-arachnoïdien. Les éléments nobles peuvent être lésés par propagation des lésions conjonctivo-vasculaires voisines, soit par retentissement à distance des lésions : dégénérescence cellulaire, nécroses étendues. Leur altération primitive est incertaine. Les lésions sont irrégulièrement disséminées, mais présentent des foyers auxquels correspondent diverses formes cliniques: région cervicale, dorso-lombaire, queue de cheval. La plus fréquente de ces localisations atteint la région cervicale supérieure et souvent avec le bulbe. Quand les lésions atteignent à la fois l'encéphale et la moelle, les lésions médullaires peuvent passer cliniquement à peu près inaperçues.

Raymond a décrit une forme amyotrophique correspondant à la destruction d'un groupe de cellules des cornes antérieures de la moelle et caractérisée par la paralysie flasque, l'atrophie musculaire avec réaction de dégénérescence, déformations consécutives à la prédominance des muscles moins atteints, absence de troubles de sensibilité. La marche est irrégulière ; après un début le plus souvent insidieux, les phénomènes peuvent s'aggraver, rétrograder ou rester stationnaires; les malades sont le plus souvent des infirmes. Toutefois, le traitement précoce peut les guérir complètement.

Suivant que les lésions se sont produites pendant la vie intra-utérine, dès les premières années de la naissance, ou seulement plus tard, on a les formes congénitales précoces ou tardives des myélites hérédo-syphilitiques. Aux formes congénitales, il est permis peut-être de rattacher certaines des difformités congénitales des membres si souvent signalées dans la syphilis héréditaire. Le diagnostic est surtout difficile dans les cas congénitaux; il se fera principalement avec la maladie de Little, souvent liée à l'hérédo-syphilis, souvent privée de tout phénomène d'ordre encéphalique. Mais, étant données les lésions médullaires, si fréquentes chez les fœtus que l'auteur a examinés, il semble difficile d'affirmer que la moelle soit toujours intacte dans ces cas. F. BALZER.

Hans ELSNER. Hydrocephalus und Syphilis (*Jahrb. f. Kinderh., XLIIi, p. 457*).

E. a constaté la fréquence beaucoup plus grande des antécédents syphilitiques chez les enfants hydrocéphales (16,6 0/0) que chez les autres enfants du même milieu hospitalier (0,6 à 1,1 0/0). Leur naissance a été souvent précédée par des fausses couches réitérées de la mère. La tuméfaction du foie et de la rate est chez eux fréquente. Le traitement

donne surtout des résultats quand la syphilis de la mère ne s'est développée qu'à une époque déjà un peu avancée de la gestation.

A. F. PLICQUE.

Sidney PHILLIPS. Syphilitic disease of the heart wall (Syphilis du cœur) (*The Lancet, 23 janv. 1897*).

S. P. donne la relation d'un cas de gomme du myocarde, avec un tableau de 25 cas de syphilis cardiaque, vérifiés à l'autopsie : il donne en outre l'observation de 12 cas observés en clinique, et de leur étude, conclut :

La syphilis détermine soit des productions gommeuses, soit des modifications diffuses fibreuses. Les gommes du ventricule gauche, celles de petit volume exceptées, sont dangereuses pour la vie, et lorsqu'elles siègent près de la pointe du cœur, elles peuvent entraîner la mort subite. La gomme du ventricule gauche peut être soupçonnée, si chez un syphilitique apparaissent des troubles dans la contraction du myocarde, se traduisant par de l'angine de poitrine, de la tachycardie, des attaques syncopales ou épileptiformes : la gomme du ventricule droit détermine plutôt de la dyspnée.

L'extrême faiblesse du cœur sans dilatation, augmentant graduellement chez des personnes jeunes ou d'âge moyen, et ayant des antécédents syphilitiques doit faire soupçonner la syphilis du cœur gauche; la dyspnée prolongée, la syphilis du cœur droit. La dilatation, l'hypertrophie, sans cause suffisante et sans augmentation correspondante de la force du cœur, peuvent être le résultat d'une sclérose syphilitique. L'anévrisme de la paroi du cœur peut être causé par une altération syphilitique localisée.

Il est très probable que la gomme ainsi que la sclérose, à leur début, peuvent être améliorées et guéries par le traitement spécifique.

P. MAUBRAC.

ÉTIENNE. Des anévrismes dans leurs rapports avec la syphilis (*Annales de derm., VIII, p. 1*).

L'anévrisme peut dériver de la syphilis, ainsi que le démontrent les remarquables statistiques dressées par l'auteur. Sur 240 cas il trouve 166 fois la syphilis comme cause possible ; dans 28 cas l'anévrisme coïncidait avec diverses manifestations syphilitiques. L'anatomie pathologique et la clinique permettent d'accepter le rôle de la syphilis dans la genèse des anévrismes et dans un certain nombre de cas, le traitement spécifique a eu d'une manière indéniable une heureuse influence. C'est entre la cinquième et la dixième année de la syphilis que se présente le maximum de fréquence des anévrismes.

Dans la grande majorité des cas l'anévrisme d'origine syphilitique ne peut se différencier des autres variétés d'anévrisme et ne présente pas de lésions spéciales. Il faut reconnaître aussi que le critérium thérapeutique fait le plus souvent défaut. Il faudrait donc rapprocher, sauf quelques cas exceptionnels, l'anévrisme du tabes et de la paralysie générale, c'est-à-dire des affections habituellement rebelles au traitement spécifique. Le plus souvent il serait parasyphilitique.

F. BALZER.

RAFF. Zur Statistik der tertiären Syphilis (*Archiv für Dermat., XXXVI, p. 7, 1896*).

La statistique comprend les prostituées traitées à l'hôpital de Breslau de 1877 à 1895, environ 850. Selon l'auteur, la preuve mathématique de l'influence du traitement mercuriel sur la syphilis tertiaire ne se peut donner qu'en confrontant tous les cas de syphilis et non pas seulement ceux qui présentent des phénomènes tardifs. Cette confrontation démontre la diminution des cas de syphilis tertiaire que produit le traitement. Or le pourcentage des cas de syphilis tertiaire est le même pour les prostituées que pour les autres classes de la population; chez les prostituées les cas de syphilis tardive non traitée tiennent une place considérable et représentant 50 0/0 des cas de syphilis tertiaire. F. BALZER.

A. TRIFILETTI. Sopra un caso di stenosi esofagea (*Arch. ital. di laring., XVII, p. 1*).

Observation rare de rétrécissement œsophagien de nature syphilitique, chez un homme de 28 ans, qui présentait en outre des lésions multiples spécifiques (ulcérations nasales, adhérence totale du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx, ulcération du larynx). L'œsophage présente un rétrécissement prononcé, dont l'origine, spontanée, remonte à quelques années; ce rétrécissement permet à peine le passage de l'olive n° 1 (Collin); le traitement spécifique, aidé de la dilatation graduelle, amena la disparition de la sténose. A. CARTAZ.

Mlle TZEYTLINE. Hépatite syphilitique héréditaire tardive (*Thèse de Paris, 1896*).

L'hépatite peut se manifester dans la seconde enfance, l'adolescence et même l'âge mûr. Elle reproduit exactement le tableau de la syphilis tertiaire acquise : hépatite interstitielle diffuse, hypertrophie ou atrophie, foie capitonné ou ficelé, gomme, amylose, amylo-gomme. Il y a presque toujours coïncidence d'hypertrophie splénique et de complication rénale. On peut espérer la guérison si l'on a soin d'instituer un traitement énergique par le mercure et surtout par l'iodure de potassium.

L'observation personnelle de l'auteur se rapporte à une fille de 17 ans, considérablement améliorée par les injections sous-cutanées de biiodure et par l'iodure de potassium. L. GALLIARD.

GALLIARD. Entéropathies syphilitiques (*Presse méd., n° 7, p. 37, 1896*).

Dans la syphilis héréditaire les lésions débutent vers le septième mois de la vie fœtale et s'accentuent chez les sujets qui vivent longtemps. Ce sont des gommes miliaires se montrant d'abord dans la muqueuse et la sous-muqueuse ou d'abord dans la musculeuse, sous la séreuse, sur le péritoine; en outre, périarthrite, endartérite, infiltration des gaines vasculaires; infiltration diffuse par les éléments embryonnaires; ramollissement et nécrose des syphilomes, fréquentes ulcérations, perforations exceptionnelles. Le principal symptôme est la diarrhée; les hémorragies ne sont pas rares.

Dans la syphilis acquise, les lésions secondaires de l'intestin sont mal connues. Dans les cas de Hayem et Tissier il existait des ulcérations du cœcum et du colon transverse. Certains syphilitiques présentent des diarrhées extrêmement rebelles, et l'auteur se demande si l'ictère syphilitique secondaire n'est pas dû à des lésions syphilitiques des canaux biliaires.

Les entéropathies tertiaires sont mieux connues : elles produisent des gommes miliaires, des ulcérations sur les bords desquelles on retrouve la néoplasie gommeuse, des perforations, des rétrécissements dus à des cicatrices ou bien causés par la sclérose du tissu sous-muqueux. La syphilis du rectum, relativement fréquente chez la femme, se manifeste par des gommes débutant dans les couches superficielles ou profondes de la paroi rectale. Elles déterminent des ulcérations et des cicatrices, ou bien de la sclérose. La diarrhée rebelle est le meilleur signe de la rectite syphilitique et il faut la traiter le plus tôt possible par l'iodure de potassium de préférence au mercure.

F. BALZER.

I. — LAFLEUR. Syphilitic nephritis (*Transact. ot the Assoc. of Americ. physicians, XI, 1896*).

II. — H. AUDÉOUD. La néphrite dans la syphilis héréditaire (*Revue méd. Suisse romande, XVI, n° 8, août 1896*).

III. — ZELDEWITCH. Lésions rénales dans la syphilis héréditaire (*Thèse de St-Pétersbourg, 1896*).

I. — 1° Homme de 38 ans atteint, au commencement de novembre 1893, de blennorragie et d'épididymite ; dix jours plus tard, chancre suivi, après cinq semaines, de roséole ; œdème des jambes à la fin de décembre, albuminurie avec globules sanguins et cylindres épithéliaux. Du 12 janvier au 11 février frictions mercurielles. Disparition graduelle de l'éruption et de l'œdème. L'albuminurie disparaît.

2° Femme de 37 ans, admise à l'hôpital de Montréal, le 28 avril 1894, pour des douleurs et du gonflement des extrémités. Tuméfaction vague des articulations. Roséole. Engorgement indolent des ganglions inguinaux et cervicaux. Le premier bruit est rude au niveau de la pointe du cœur. Quelques râles dans le poumon droit. Urine épaisse avec sédiments brunâtres et abondante albumine. L'auteur prescrit le protoiodure de mercure. Disparition rapide de l'œdème, disparition progressive de l'albumine et des cylindres ; les globules rouges persistent longtemps. Guérison au commencement du mois de juin.

L. GALLIARD.

II. — Enfant de 3 mois, dont le père n'est pas syphilitique, mais dont la mère a été infectée par voie utérine, lors d'un premier mariage, sans présenter elle-même de manifestations spécifiques. L'enfant a lui-même un coryza léger mais persistant, une teinte vineuse avec légère desquamation de la plante des pieds ; à l'âge de deux mois, il a eu quelques troubles gastro-intestinaux qui ont cédé rapidement au traitement, mais se sont reproduits en même temps qu'apparaissait de l'œdème, d'abord aux jambes, puis au scrotum. L'urine rare contient 9 grammes pour mille d'albumine, des globules de pus, de nombreux cylindres granuleux et quelques cylindres hyalins. Sous l'influence de la médication spécifique, il y a amélioration, mais les frictions mercurielles provoquent une éruption qui les fait suspendre. Deux jours après l'anasarque reparaît, l'albumine augmente, il survient des convulsions. L'enfant est remis au traitement spécifique qui amème de nouveau

de l'amélioration. Néanmoins très affaibli, il est enlevé par une pneumonie apyrétique du sommet droit, pas d'autopsie. J. B.

III. — Chez 10 enfants, Z. a trouvé les reins aussi gravement lésés, dans la syphilis héréditaire, que le foie et les poumons. Il y avait de la néphrite interstitielle en îlots compliquée de formations kystiques aux dépens des membranes glomérulaires avec contenu gélatineux ou albumineux et atrophie des glomérules. Les lésions histologiques consistent en dégénérescence vitrée totale ou partielle des vaisseaux glomérulaires avec épaississement de la membrane de Bowman, en épaississement de la tunique adventice des vaisseaux rénaux avec périartérite intense; les épithéliums glomérulaires restent intacts ; les canalicules sont peu lésés et seulement secondairement ; la capsule rénale est en partie œdémateuse, en partie épaissie. Il n'y avait ni gommes, ni dégénérescence amyloïde. H. FRENKEL.

TARNOWSKY. Serotherapie als Heilmittel der Syphilis (*Archiv f. Derm., XXXVI. p. 63, 1896*).

Il y a trois méthodes de sérothérapie de la syphilis : 1° injection de sérum d'animaux sains; 2° injection de sérum de malades dans la période gommeuse et secondaire, ou d'enfants affectés de syphilis héréditaire; 3° injection de sérum d'animaux auxquels a été inoculée la syphilis. Tarnowsky a recherché l'animal qui semblerait le plus susceptible à l'infection syphilitique. Le poulain ne présente pas de vraies manifestations syphilitiques, mais pourtant chez lui on peut trouver dans les ganglions, le foie, le cœur, des altérations qui rappellent celles du stade condylomateux de la syphilis. Un poulain inoculé 24 fois avec des papules humides appliquées sur la peau dénudée par un vésicatoire, présentait 15 nodules indolents sur les côtés de la colonne vertébrale. D'autres nodules se formèrent spontanément après les premiers. Le sérum de ce poulain fut inoculé à six malades atteints de manifestations qui cèdent ordinairement à la cure iodo-mercurielle. Les résultats ne furent pas satisfaisants. L'auteur nie l'action curative du sérum de ces animaux syphilisés et en relève les inconvénients, albuminurie, érythèmes purpuriques, amaigrissement, fièvre. La question de la sérothérapie de la syphilis n'est pas encore épuisée. F. BALZER.

I. — MUELLER-KANNBERG. Zur Serumtherapie der Syphilis (*Berlin. klin. Woch., n° 25, p. 568, 22 juin 1896*).

II. — G. LEWIN. Même sujet (*Ibidem*).

I. — G. Lewin a fait étudier dans son service l'influence du sérum équin sur la syphilis. 12 malades ont été soumis à ces injections pendant que, comme comparaison, d'autres recevaient des injections salées ou n'avaient qu'un traitement topique de leurs plaques muqueuses. Les photographies prises avant et après le traitement, ne laissent aucun doute que même 50 centimètres cubes de sérum de cheval n'ont aucun effet curatif. 11 sur 12 des syphilitiques ainsi traités offrirent de l'urticaire; le 12e, qui en demeura exempt, n'avait reçu qu'une seule injection de 5 cen-

timètres cubes. Chez un malade, l'urticaire n'est apparue que 11 jours après une unique injection. Le sérum équin n'irrite nullement les reins.

II. — G. Lewin distingue 3 méthodes de sérothérapie anti-syphilitique. La première, celle de Tommasoli, consiste à injecter aux syphilitiques du sérum d'animaux réfractaires à la syphilis. Lewin ne comprend pas comment ce sérum pourrait guérir la maladie. Du reste, Kollmann a répété sans succès les essais de Tommasoli et de Cotterell.

La deuxième méthode est celle de C. Pellizzari, passible de deux causes d'erreurs. Il est d'abord rare de reconnaître la syphilis dans sa période latente; ensuite, il est impossible de transmettre la syphilis aux animaux. Récemment encore, Boer, à l'Institut de Koch, a échoué dans ses essais. G. Mazza, qui a expérimenté les méthodes de Pellizzari et de Tommasoli, s'est prononcé en faveur de cette dernière.

La troisième méthode est due à Bonaduce qui admet que le microbe de la syphilis produit une antitoxine, conférant l'immunité, qui se trouve dans le sang des nouveau-nés syphilitiques. C'est le sérum de ce sang qu'il injecte après en avoir détruit par la chaleur les éléments nocifs. Lewin renonce à critiquer une association d'idées si fragile.

Dans la discussion, Ruge cite le fait d'un homme dont l'éruption syphilitique n'était nullement modifiée après 5 injections de sérum en une quinzaine, tandis qu'elle avait disparu après 6 injections de 12 milligrammes de mercure. (*R. S. M.*, XLI, 626; XLII, 629; XLIII, 205; XLV, 605; XLVI, 206; XLVII, 219; XLVIII, 205 et 606.) J. B.

GIOVANNINI. Esperienze intorno al valore del sublimato come profilattico dell ulcera venera (*Giorn. ital. mal. vener., XXXI, p. 669*).

Après un coït suspect, il faut laver les parties génitales avec une solution de sublimé à 1/1000, le plus tôt possible, en tout cas, au bout de 8 heures au plus tard. Le lavage doit durer plusieurs minutes et être très complet. Il doit porter principalement sur les régions qui sont le siège habituel du chancre simple : chez l'homme, la face interne du prépuce, le sillon balano-préputial et le frein ; chez la femme, la fosse naviculaire et les petites lèvres.

L'auteur s'est convaincu du pouvoir prophylactique de la solution de sublimé après avoir expérimenté cette solution dans les conditions suivantes : il pratiquait une petite plaie sur la peau de différents sujets, et l'inoculait avec du pus de chancre simple. Il faisait ensuite agir une solution de sublimé de titre variable et pendant un temps variable. Il a pu établir ainsi que le sublimé peut empêcher le développement de l'ulcère vénérien, même lorsque le lavage n'est fait que plusieurs heures après l'inoculation. F. BALZER.

P. COLOMBINI et F. SIMONELLI. Sur la valeur du traitement mercuriel précoce dans la syphilis (*Riforma med., 18 et 19 août. 1896*).

On sait qu'il existe des opinions contradictoires au sujet de l'opportunité du traitement mercuriel précoce de la syphilis. Dans le but d'éclaircir la question, Colombini et Simonelli ont institué ce traitement chez

quatre malades, chez qui l'accident initial, le chancre, remontait à quelques jours seulement et ils se sont livrés à des recherches hématologiques qu'ils ont répétées à intervalles rapprochés (tous les sept jours). Le résultat de ces recherches est que la quantité des globules rouges diminue, ainsi que le taux de l'hémoglobine. Les résultats de l'examen du sang fait par différents médecins ayant démontré que le sang reste normal pendant toute la durée de l'accident primitif, on peut se demander si l'anémie constatée à la suite du traitement mercuriel n'est pas imputable à ce traitement et si l'on ne doit pas trouver dans ce fait un argument contre l'emploi précoce du mercure. C'est là du moins l'hypothèse que font les auteurs, mais ils se hâtent d'ajouter que le petit nombre de leurs observations ne leur permet pas de conclure d'une façon définitive.

G. LYON.

HALLOPEAU et BUREAU. Traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de salicylate de mercure (*Ann. de derm., VII, p. 1458*).

Les auteurs ont employé la formule suivante : salicylate de Hg, 4 grammes; huile de vaseline, 30 grammes. Ils injectent à la fois une demi-seringue de Pravaz deux fois par semaine, soit 0,13 centigrammes de salicylate de Hg. Les douleurs sont facilement supportées en général. D'après les observations de Tarnowsky, les accidents d'embolie pulmonaire sont moins graves avec ce sel qu'avec l'huile grise et se dissipent rapidement. Les injections, suivant les auteurs, ne seraient pas contre-indiquées dans les cas d'albuminurie d'origine syphilitique. F. BALZER.

Richard D'AULNAY. De la gonococcose (*Rev. int. de méd. et de chir., 10 et 20 déc. 1896*).

Par *gonococcose* il faut entendre tout ce qui a rapport au gonocoque, morphologie, biologie, affections et lésions qu'il produit. La *gonococcite*, affection locale primitive et prédominante, est une inflammation épithéliale due à la contagion et plus ou moins longtemps localisée; elle se propage par continuité des éléments et par contiguité des organes (gonococcite primitive, urétrale, utérine, oculaire, ou secondaire, phlébite, lymphite, etc.). Sous le nom de *gonococcie*, l'auteur désigne l'affection générale atteignant tout ou partie de l'organisme, soit par le transport du gonocoque (infection gonococcique), soit par l'action des toxines (infection gonococcienne). Les gonotoxines agissent sur le sang, sur les reins (néphrite), sur le système nerveux, sur la peau (éruptions), etc.

Les gonocoques véhiculés par le sang peuvent aller se localiser au loin; ordinairement ils finissent par succomber sur place. Dans certains cas rares, ils peuvent, surtout dans les infections mixtes, provoquer des suppurations locales et même une gonopyohémie mortelle. F. BALZER.

I. — WITTKOWSKY. Nouveau diplocoque ressemblant au gonocoque (*Berlin. klin. Woch., p. 682, 27 juill. 1896*).

II. — HELLER. Ueber experimentelle Blennorrhœ bei neugeborenen Kaninchen (*Ibid., p. 677*).

III. — Le même. Demonstrationen von Präparaten von experimenteller Blennorrhœ bei neugeborenen Kaninchen (*Ibid., p. 988, 2 nov. 1896*).

IV. — Ludwig PICK et Julius JACOBSOHN. Eine neue Methode zur Farbung..... des Gonococcus Neisser, im Trockenpräparat (*Ibid., 7 sept. 1896*).

I. — En examinant 11 cas successifs d'urétrite blennorragique aiguë de l'homme, W. y a constamment trouvé un diplocoque dont les deux moitiés se regardant par leur bord concave sont en partie séparées par une large fente, comme si on avait affaire à deux bacilles courts et recourbés placés l'un vis-à-vis de l'autre, tandis que là où la forme de coque est mieux conservée il ressemble à s'y méprendre au gonocoque dont il a la configuration en grain de café. Ces microbes sont disposés par couples, par chaînes ou par amas. Ils prennent la couleur de Gram et leurs cultures ne ressemblent en rien à celles des gonocoques.

W. a retrouvé le même diplocoque dans le pus vaginal d'une femme atteinte de végétations.

Tenant compte des inoculations positives de Bockhart avec son pseudo-gonocoque et de l'expérience de Wertheim qui, en inoculant dans l'urètre masculin un diplocoque qui n'était pas celui de Neisser, provoque une blennorragie aiguë, W. n'est pas loin d'attribuer à son diplocoque un rôle pathogène, à côté du gonocoque, dans la production des accidents de la blennorragie aiguë qui constituerait ainsi une infection mixte.

II et III. — A de jeunes lapins âgés de 3 à 12 jours et ayant encore les yeux clos, H. ouvrait les paupières avec un bistouri stérilisé et déposait dans les culs-de-sac conjonctivaux quelques parcelles de cultures de gonocoques humains. Puis il refermait l'œil d'une manière hermétique, pour empêcher toute infection venant de l'extérieur. 45 animaux ont présenté sensiblement le même tableau morbide; 3 ou 4 fois seulement, l'inoculation a été infructueuse. Dans les autres cas, au bout de 24 heures déjà, il y avait sur les paupières un enduit muco-purulent renfermant des gonocoques; les jours suivants, la suppuration était devenue plus considérable; elle a parfois persisté 5 semaines. Les paupières étaient gonflées, rouges et granuleuses; plusieurs lapins eurent une opacité de la cornée. Mais en général l'affection rétrocéda spontanément sans occasionner de conséquences fâcheuses. Dans 3 cas seulement, la suppuration a été foudroyante et a entraîné un ulcère de la cornée. Les résultats des inoculations ont été identiques avec les gonocoques provenant de l'ophtalmie blennorragique des nouveau-nés; ils ont été négatifs quand on inoculait les microbes qu'on rencontre dans la chaudepisse en même temps que le gonocoque et entre autres le diplocoque de Wittkowski.

Dans cette ophtalmie blennorragique expérimentale du lapin, les gonocoques sont beaucoup moins souvent intracellulaires que dans la chaudepisse.

Chez les lapins qui ont déjà les yeux ouverts, l'inoculation échoue, parce que les battements des paupières enlèvent les matières infectieuses.

IV. — La nouvelle méthode de coloration du gonocoque imaginée par Pick et Jacobsohn repose sur l'emploi d'un mélange de deux couleurs basiques d'aniline qui détermine une double ou plutôt une multiple coloration.

On peut recourir à l'une des associations suivantes : bleu de méthylène et fuchsine ou le même avec le violet de gentiane ou encore avec la safranine, ou d'autre part au vert de méthyle et fuchsine ou au même avec le dahlia. Dans les mélanges avec le bleu de méthylène, c'est toujours le bleu qui forme la teinte distinctive, tandis que dans ceux avec le vert de méthyle, c'est le violet ou le rouge.

C'est à la double coloration obtenue en associant le bleu de méthylène à la fuchsine que P. et J. donnent la préférence; ils recommandent de l'appliquer ainsi qu'il suit : Etaler le pus blennorragique sur une lamelle de verre et le sécher; le passer ensuite 3 fois à travers une flamme; le teindre en l'exposant 10 secondes au plus, à l'effet d'un mélange de 20 grammes d'eau distillée, 15 gouttes de fuchsine phéniquée et 8 gouttes de solution alcoolique concentrée de bleu de méthylène dont on verse quelques gouttes sur la lamelle de verre; laver ensuite à l'eau; sécher ou faire passer par la flamme. J. B.

WERTHEIM. Ueber den Nachweis von Gonokokken in Blutgefässen (*Berlin. klin. Woch., p. 637, 13 juill. 1896*).

Dans un cas de blennorragie avec suppuration des articulations huméro-cubitales et cystite consécutive à une vulvo-vaginite, W. a trouvé, dans le tissu sous-muqueux de la vessie, des veines qui étaient obstruées par des amas de gonocoques. J. B.

KELLER. Ueber einem Fall von maligner Endocarditis..... (Endocardite maligne des valvules de l'artère pulmonaire à la suite de la gonorrhée) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVII, p. 386*).

Homme de 25 ans. Blennorragie quatre semaines avant la production d'arthrites rhumatoïdes aux membres inférieurs. A l'entrée à l'hôpital, survenue 2 mois plus tard, on trouve les signes cliniques d'une endocardite de l'orifice pulmonaire avec fièvre intermittente et tuméfaction de la rate. Trois semaines plus tard, néphrite hémorragique. Insuffisance cardiaque progressive, gêne hydropique de la respiration, péricardite terminale. Mort 6 mois après le début de la blennorragie. A l'autopsie : endocardite verruqueuse et ulcéreuse des valvules semi-lunaires de l'artère pulmonaire. Thrombus dans le ventricule gauche. Infarctus de la rate et des reins. Embolie de plusieurs branches de l'artère pulmonaire. Néphrite hémorragique L'examen bactériologique montra dans les lésions de l'endocarde l'absence de gonocoques et la présence de streptocoques. Il s'agissait donc ici d'une infection secondaire.

C. LUZET.

CARAGEORGIADÈS. De l'endocardite gonococcique (*Thèse de Paris, 1897*).

On ne doit considérer comme blennorragique que l'endocardite qui renferme dans ses produits anatomiques le gonocoque caractérisé par l'examen microscopique, les cultures et l'inoculation. Il faut distraire de son étude les observations dans lesquelles l'endocardite est due à une infection secondaire. Cette endocardite peut guérir, laisser après elle une lésion valvulaire, elle peut être aussi ulcéreuse, septicémique ou hémorragique. Cette dernière variété est rare. L'endocardite est due à une infection du

sang ; les arthropathies ne sont nullement l'intermédiaire obligé entre la localisation primitive du gonocoque et la complication cardiaque. Toutefois dans les deux tiers des cas il y a à la fois endocardite et arthropathie. Comme la plupart des maladies infectieuses, la blennorragie atteint plus fréquemment le cœur déjà atteint d'endocardite, mais elle peut aussi l'atteindre indemne de toute tare. F. BALZER.

GRIFFON. Rectite à gonocoques (*Presse méd.*, *n° 13*, *p. 71*, *1897*).

Jeune homme de 19 ans, ressent les premiers symptômes de la blennorragie rectale, douleurs, évacuation muco-purulente expulsée avant le bol fécal le 9 juillet 1895, sept jours après le rapport infectant. L'examen microscopique de ce muco-pus démontre la présence de nombreux gonocoques. Le traitement par les lavages au permanganate de potasse à 1/4000e atténue d'abord l'inflammation.

Il survient une phlébite d'un des rameaux veineux sous-sphinctériens qui oblige à suspendre un moment les lavages. Ceux-ci sont repris avec la solution à 1/2000e. La guérison n'est complète qu'à la fin de février 1896. Les faits de ce genre sont rares. On observe plutôt la blennorragie ano-rectale. Un seul cas de rectite blennorragique isolée analogue à celui de Griffon a été publié par Neuburger. F. BALZER.

RILLE. Bartholinitis und Leistendrüsen (Bartholinite et adénite) (*Archiv f. Derm.*, *XXXVI*, *p. 381*).

La suppuration des ganglions inguinaux après la bartholinite abcédée n'est pas une complication fréquente. Sur 82 cas de bartholinite observés en 1895 à la clinique de Neumann, il y eut 20 abcès, et dans 6 cas, un certain degré seulement d'inflammation des ganglions inguinaux. Il est probable qu'il existe des anastomoses entre les lymphatiques de la glande de Bartholin et les ganglions inguinaux. L'auteur cite un cas où l'on sentait distinctement un cordon de lymphangite entre la glande et les ganglions. L'auteur cite quelques faits dans lesquels l'inflammation des ganglions aboutit à la suppuration. F. BALZER.

GRIFFON. Synovite blennorragique pré-urétritique (*Presse méd.*, *n° 4*, *p. 21*, *1897*).

Homme de 23 ans, ayant eu une première blennorragie en juin 1894 très bien guérie. Le 1er janvier 1896, il ressent une grande lassitude après une marche prolongée et a le soir même un coït suspect; le 3, une douleur se déclare dans le tiers antérieur de la face antérieure de la jambe; le 6 on peut porter le diagnostic de synovite tendineuse des extenseurs de la jambe; rien encore dans l'urètre. La première goutte n'apparaît au méat que le 8 janvier et l'on constate les gonocoques. Le traitement pratiqué aussitôt avec les injections de permanganate de potasse réussit très bien, et le malade guéri d'abord de sa synovite est guéri également de sa blennorragie le 30 janvier. F. BALZER.

Ch. BERNARDBEIG. Abcès péri-urétraux au cours de la blennorragie (*Normandie méd.*, *15 déc. 1896*).

Homme de 42 ans. Au quinzième jour d'une blennorragie, le malade constate dans la région spongieuse de l'urètre, à la partie inférieure du canal, une

petite tuméfaction, presque indolente qui, après avoir atteint la grosseur d'une amande, disparut en quelques jours.

Trois mois plus tard, nouvel écoulement purulent par le méat et là où s'était montrée la première grosseur, en apparaît une nouvelle qui augmente rapidement en quelques jours. Outre les signes d'une blennorragie aiguë on note que cette tuméfaction située à 5 centimètres en arrière de la base du gland est arrondie, dure, douloureuse, et fait corps avec la face inférieure du canal de l'urètre. La pression sur cette grosseur augmente l'écoulement par le méat et une sonde ne passe que difficilement au delà du niveau de la grosseur. Pas de signes de lymphangite nodulaire, ni de phlébite du corps spongieux.

Sous l'influence de lavages au permanganate de potasse, la tumeur disparaît en une dizaine de jours, et à celle-ci en succède une autre, située en arrière de la première, qui évolue de la même manière et disparaît en 3 semaines.

Peu après se montrent des symptômes d'orchite et un nouvel abcès qui, comme les précédents, ne s'ouvre pas au dehors. Guérison de tous les accidents au bout d'un mois. OZENNE.

O. WERLER. Das citronensaure Silber (Itrol) als Antigonorrhoicum (*Berlin. klin. Woch., n° 37, 14 sept. 1896*).

Le citrate d'argent (itrol) possède un pouvoir gonococcide très puissant. Il est bien toléré par la muqueuse urétrale qu'il n'irrite point et il n'exacerbe pas sensiblement les phénomènes inflammatoires; en outre, sans léser la muqueuse, son action s'étend en profondeur; c'est-à-dire que l'itrol remplit tous les postulats réclamés d'un bon antigonorrhéique.

J. B.

SCHULTZ. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Blennorrhoe (*Archiv f. Derm., XXXVI, p. 199, 1896*).

L'auteur a poursuivi ses recherches sur 174 malades du service de Rona, dont 74 filles inscrites. Les deux tiers des prostituées au moins sont atteintes de la blennorragie; il faut que le diagnostic soit établi par la présence des gonocoques, car les signes cliniques sont le plus souvent insuffisants. La blennorragie ne peut être exclue du diagnostic que lorsque la recherche des gonocoques est restée infructueuse trois ou quatre fois. A l'état normal le canal cervical et la cavité utérine ne contiennent pas de bactéries. Les femmes présentent à la fois dans la majorité des cas la blennorragie du col utérin et de l'urètre. Les localisations isolées dans l'utérus, le rectum et le vagin sont rares. Dans la majorité des cas la recherche des gonocoques dans le col utérin donne des résultats négatifs. Cela arrive souvent, même dans les cas où il y a blennorragie des annexes, ce qui fait supposer que les gonocoques finissent par disparaître dans les cavités closes. La guérison de la blennorragie du col et du corps de l'utérus est possible. Le traitement se fait facilement avec la seringue de Braun munie d'un tube en aluminium; l'auteur recommande surtout les solutions d'argentamine à 10 0/0. Il faut que le col soit suffisamment dilaté pour permettre un facile écoulement des liquides: de cette façon on peut éviter les douleurs que provoque la cautérisation qui doit tou-

jours être faite avec une petite quantité de liquide. Les affections des annexes peuvent guérir spontanément et il faut retarder l'intervention chirurgicale autant que possible tout en continuant à traiter la métrite.

F. BALZER.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

I. — Circulaire ministérielle belge relative à la recherche des débits clandestins de boissons alcooliques (*Mouvem. hygiénique, XI, p. 313*).

II. — Compte rendu des délibérations de la Commission d'études belge contre l'alcoolisme (*Ibidem, XII, p. 244*).

III. — Lettre du Conseil général de la Ligue belge contre l'alcoolisme au ministre (*Ibidem, p. 281*).

IV. — E. BELVAL. La lutte contre l'alcoolisme (*Ibidem, p. 239*).

V. — Arrêté royal belge du 22 mai 1896, instituant un concours pour la rédaction d'un manuel sur l'alcoolisme (*Ibidem, p. 290*).

VI. — VAN DEN CORPUT. 1° L'alcoolisme, l'hérédité et la question sociale, 2° Le poison alcoolique; 3° L'alcoolisme public et son traitement; 4° La loi de l'alcool (*Bruxelles, 1895 et 1896*).

I. — Pour se soustraire à la loi belge du 19 août 1889 qui établit un droit de licence sur le débit des spiritueux, le nombre des cabaretiers qui déclarent ne vendre que de la bière a passé de 6,000 à plus de 43,000, mais presque tous débitent clandestinement des boissons spiritueuses.

II. — La consommation d'alcool par tête est, en Belgique, de 9l,55; en Hollande, de 9 litres; en Allemagne, de 8l,80; en France, de 8l,74; en Suède, de 6l,80; en Autriche, de 6l,39; en Suisse, de 6l,36; en Russie, de 6l,30; en Angleterre, de 5l,42; en Norvège, de 3 litres; en Finlande, de 2l,60.

III. — En Belgique, la période triennale 1891-1893, comparée à la période triennale immédiatement précédente, a compté, défalcation faite pour l'accroissement de la population, une augmentation de 7 0/0 des cas d'aliénation mentale, de 4 0/0 des suicides et de 5,5 0/0 des crimes. Le budget des dépenses liées à la consommation des boissons spiritueuses et fermentées s'est élevé au chiffre de 393,637,500 francs, dépassant de plus de 46 millions de francs le budget annuel de l'État belge. La Commission, après avoir constaté que les ravages exercés par l'alcoolisme sont dus en partie aux mesures fiscales qui renchérissent les boissons hygiéniques, repousse le monopole de l'alcool par l'Etat. En revanche, la Commission réclame la prohibition immédiate des liqueurs dont la

toxicité spéciale aura été reconnue par le gouvernement ; l'allocation de subventions aux sociétés scolaires de tempérance qui sont déjà au nombre de 2,000 (*R. S. M.*, XLII, 633) ; l'enseignement antialcoolique obligatoire depuis l'école primaire jusqu'à l'Université, ainsi que dans les écoles normales ; l'exposition, dans les classes, de tableaux coloriés montrant les lésions viscérales dues à l'alcool et de diagrammes indiquant les effets de l'abus des boissons spiritueuses sur la folie et la criminalité.

La Commission demande une loi portant les droits sur l'alcool à un chiffre suffisamment élevé pour que le prix du petit verre au détail soit au moins doublé et que les vins contenant plus de 18 0/0 d'alcool soient assimilés aux alcools.

Les débits de boissons doivent être répartis en deux catégories, suivant qu'ils vendent ou non des boissons alcooliques distillées. L'ouverture de chaque débit de boissons distillées sera subordonnée à une autorisation valable pour un an. Le droit de licence qui frappe les débitants de boissons distillées devra être relevé considérablement. Le colportage et la vente ambulante doivent être prohibés, de même que le cumul de la profession de débitant avec tout autre commerce.

Rendre le débitant responsable de tous préjudices causés par des personnes qui se seront enivrées dans son établissement ; exiger un cautionnement destiné à garantir le paiement des amendes et des dommages-intérêts auxquels il pourrait être condamné. Assimiler, dans la loi répressive, l'ivresse dangereuse ou bruyante à l'ivresse publique. Accorder aux tribunaux le droit d'interner dans des asiles spéciaux, pendant le temps nécessaire à leur guérison, les ivrognes inculpés, jugés dangereux. Priver les ivrognes habituels de leurs droits d'électeur et de leur autorité paternelle. Infliger des pénalités sévères à ceux qui voudraient obtenir, par violence, la délivrance de boissons alcooliques. Rendre les communes responsables des dommages occasionnés sur leurs territoires respectifs par des individus ivres, etc., etc.

IV. — Le Conseil général de la Ligue belge contre l'alcoolisme demande au gouvernement de prohiber la vente d'alcools renfermant plus de $0^{gr},60$ ou $0^{gr},75$ par litre d'impuretés ; c'est le taux de rectification auquel est déjà parvenue l'industrie. Contrairement au Conseil supérieur d'hygiène, la Ligue est d'accord avec le ministre pour ne pas permettre l'introduction dans les liqueurs de la moindre quantité d'acide cyanhydrique, bien que le kirsch normal puisse en renfermer jusqu'à 1 gramme par litre. En outre, elle propose l'interdiction absolue de l'absinthe.

V. — Le ministre belge des chemins de fer, postes et télégraphes a prescrit aux chefs de station le renvoi de tout agent en état d'ivresse pendant son service et a ordonné l'application rigoureuse, dans les ateliers de l'État, de la loi sur l'ivresse publique.

VI. — Van den Corput a réussi à faire prévaloir quelques-unes des mesures qu'il préconise pour remédier au fléau. Ces quatre brochures reproduisent ses idées dont voici quelques aperçus. Dans la première, il trace un tableau animé des descendants d'alcooliques.

Il y réfute aussi l'opinion que l'alcoolisme soit dû à la misère, à l'insuffisance des salaires. Les statistiques prouvent en effet que c'est aux

années d'abondance et de prospérité, quand le travail est le mieux rétribué, que correspond la consommation la plus forte de l'alcool ; en Belgique, c'est dans les régions industrielles du Hainaut et de Liège où il s'en boit le plus.

Dans son deuxième opuscule, V. montre que l'alcool n'est pas une boisson alimentaire. Il énumère un certain nombre de dispositions analogues à celles adoptées par la Commission.

La troisième brochure insiste sur la nécessité première pour combattre victorieusement les ravages de l'alcool de rendre général l'enseignement de l'hygiène que l'on peut appeler la morale matérielle. V. ne croit pas, dans l'état actuel des esprits en Belgique, à la possibilité de limiter le nombre des débits de boissons et il s'attache à réfuter les objections faites à la monopolisation de fabrication de l'alcool par l'Etat.

Enfin, dans son dernier opuscule, il reproche à la nouvelle loi belge de développer le nombre des petites distilleries agricoles, mal outillées, alors qu'en France on tend à supprimer les bouilleurs de crû. Il fait remarquer, d'un autre côté, que la Belgique se trouve à la fois le pays où les alcools sont le mieux rectifiés et leur consommation la plus considérable, peut-être à cause de cette pureté même, et pourtant les progrès de l'alcoolisme y suivent, d'année en année, une progression plus effrayante. Il conclut en déclarant qu'il ne voit de solution sérieuse possible que dans le monopole de la fabrication et de la vente de l'alcool par l'Etat.

J. B.

I. — CAMESCASSE. Ivrognes femmes (*Revue d'hyg., XVII, p. 603*).

II. — RAU. L'initiative privée et la loi en face de l'alcoolisme (*Mouvem. hygiénique, XII, n° 3, supplém.*).

III. — W. BODE. Aufgaben und Erfolge der deutschen Mässigkeitsbewegung (*Hyg. Rundsch., VI, n° 15, 1er août 1896*).

I. — Camescasse relate 4 cas d'accidents cérébraux consécutifs à l'ingestion de boissons spiritueuses chez des femmes. Il s'y appuie pour réclamer que dans la création d'asiles de cure pour buveurs on commence par ceux destinés au sexe féminin, car non seulement l'alcoolisme de la femme est plus dangereux au point de vue de la progéniture, mais en outre, comme il est beaucoup moins répandu, il a conservé dans l'opinion publique un caractère répugnant.

II. — Rau réclame de l'initiative privée : 1° la fondation d'associations de tempérance modelées sur la Croix Bleue de Genève ; 2° la création de cabarets de tempérance.

A la législation, il demande d'organiser dans les écoles un enseignement spécial pour inculquer aux élèves, dès le premier âge, la terreur des spiritueux ; l'ouverture d'asiles spéciaux pour alcooliques ; la surélévation des droits sur l'alcool et la fixation d'un prix minimum de vente au détaillant ; la réduction du nombre des cabarets, etc... Comme mesures de répression, R. propose de transformer tout fait d'ivresse en délit ; d'élever la durée de l'emprisonnement pour les récidives, de faire de l'ivresse une circonstance aggravante des attentats contre les personnes, d'assimiler l'ivresse dangereuse ou bruyante à l'ivresse publique ; de pro-

noncer contre les ivrognes la déchéance de la puissance paternelle ; à l'expiration de leur peine, les alcooliques devront être retenus pendant un temps déterminé dans un asile spécial et les tribunaux devront pouvoir prescrire le placement dans ces asiles des alcooliques ayant bénéficié d'un acquittement ou d'une ordonnance de non-lieu.

III. — De 1838 à 1848, les sociétés allemandes qui prêchaient l'abstention de l'eau-de-vie eurent un certain succès surtout à Osnabrück (20 0/0 d'abstinents) et dans le grand duché d'Oldenbourg (17 0/0). Leur échec final suspendit la lutte entreprise contre les ravages de l'alcool, jusqu'en 1883, où se fondèrent simultanément plusieurs associations différant des anciennes en ce qu'elles ne s'attaquaient pas uniquement à l'eau-de-vie, mais aussi à la bière et au vin. Ces associations sont : 1° les *antialcooliques*, au nombre seulement de 200 ; 2° les *Bons Templiers*, qui comptent 1,200 membres répartis en 39 loges. Bode ne croit pas à l'avenir de ces sociétés dont les prétentions ne vont rien moins qu'à supprimer toutes les boissons fermentées ; 3° la *Croix bleue* qui a 57 sociétés locales et 3,495 membres, dont 384 buveurs corrigés depuis plus d'un an ; 4° la *Ligue contre l'abus des boissons alcooliques*, qui, de beaucoup la plus importante, comprend 9,000 membres. Son but est plus modeste et plus accessible que celui des précédentes, car elle n'exige pas même l'abstinence de ses propres membres.

Ses moyens d'action sont : 1° les conférences ; 2° les publications populaires : la Ligue répand annuellement environ 50,000 brochures, dont la plus grande partie est achetée et non donnée. D'autre part, ses deux journaux tirent à plus de 20,000 exemplaires ; 3° l'amélioration des institutions ouvrières.

a) *Cabarets de tempérance.* Le premier en Allemagne a été ouvert à Berlin le 14 septembre 1880 ; en 1882, Brême suivit l'exemple ; en 1883, Kœnigsberg ; puis rapidement, dans toutes les villes importantes et même dans maintes petites localités, se fondèrent des établissements semblables. En 1891, les 15 de Hambourg ont débité, outre d'autres boissons rafraîchissantes et des portions d'aliments, 1,777,091 tasses de café ; celui de Cassel, en 1892-93, 125,522 ; 3 de Lubeck, en 1894, 86,096 ; ceux de Francfort-sur-Mein, en 1893, 228,632, et les 3 de Berlin, dans la même année, 685,160.

b) *Maisons du peuple.* Leurs services sont encore plus étendus. Elles servent de centres de réunion, de cercle aux membres de la Ligue, moyennant une cotisation annuelle de 2 fr. 50. Toute personne y est admise, sans être obligée de consommer ; sur toutes les tables, se trouve une carafe d'eau et il n'est pas fourni d'autre boisson alcoolique qu'une bière légère. Chacun peut s'y procurer un bon repas de midi pour le prix de 30 centimes. Dans des salles adjacentes, ont lieu des cours, des conférences et des concerts.

c) *Lieux de traitement pour buveurs.* L'Allemagne possède actuellement 18 de ces établissements, dont 16 créés depuis 1883 ; 4 sont dirigés par des médecins et 2 sont réservés aux femmes.

Les mesures de réglementation et de législation constituent le quatrième et dernier moyen d'action de la Ligue. Dans la province rhénane, la Westphalie et la Haute-Silésie, le débit de l'eau-de-vie est interdit avant 8 heures du matin ou l'heure réglementaire de la fermeture de l'établis-

sement est prématurée le soir. Dans plusieurs cercles, la vente de boissons spiritueuses à crédit entraîne le retrait de la licence. Les communes du cercle de Gelsenkirchen ont énergiquement poursuivi depuis 1879 la réduction du nombre de leurs cabarets et débits d'eau-de-vie ; celui des premiers est tombé de 1 pour 129 habitants à 1 pour 369 et celui des seconds de 1 pour 4,786 à 1 pour 10,866. Des localités ayant 11,000 et même 15,000 habitants ne renferment plus un seul débit d'alcool.

Une loi hessoise de 1886 limite le nombre des débits suivant les besoins de la population. D'autre part, le nouveau Code civil allemand a inscrit l'ivrognerie au rang des motifs d'interdiction.

Voici maintenant quelques-uns des résultats acquis. Au lieu d'augmenter comme jadis, le chiffre des débits de boissons a considérablement diminué. En Prusse, il s'est abaissé de 615 par 100,000 habitants en 1879 à 535 en 1893 ; en Saxe, de 692 à 559. Dans la ville de Cassel, en 1881, il y avait un débitant d'eau-de-vie sur 159 habitants ; en 1894 il n'y en avait plus qu'un sur 222 ; en 1881, on consommait par tête 15l,2 d'eau-de-vie à 50 degrés ; en 1894, seulement 8l,8 ; en même temps la consommation de la bière tombait de 207 à 189 litres par habitant.

En revanche, la consommation de la bière s'est accrue en d'autres endroits. Quant à la consommation générale de l'eau-de-vie, elle a éprouvé une diminution importante en Allemagne ; de 1880 à 1886 elle était évaluée à 6l,09 d'alcool absolu par habitant, tandis que maintenant elle n'est plus que de 4l,4, ce qui représente 27 0/0 en moins. Depuis 1887, 125,000 hectares, dont les pommes de terre étaient transformées en alcool, sont récupérés pour l'alimentation humaine.

Le progrès est sensible aussi dans les hôpitaux. La Charité de Berlin, qui est l'établissement d'Allemagne qui reçoit le plus d'alcooliques, a vu le chiffre des entrants s'abaisser. De 1883 à 1888, les hôpitaux du Slesvig-Holstein (non compris les cliniques universitaires) traitaient 2 cas 13 de délire alcoolique pour 10,000 habitants ; de 1889 à 1894, ils n'en ont plus traité que 1,68 et, dans les villes, la mortalité de ce chef par 10,000 habitants s'est réduite de 1,55 à 0,83. J. B.

H. GUDDEN. Beiträge zur Kenntniss der multiplen Alkoholneuritis (*Archiv für Psychiat., XXVIII, 3, p. 643*).

Le travail de Gudden renferme la relation de 4 cas de polynévrite alcoolique terminés par la mort et ayant fait l'objet d'un examen histologique minutieux des nerfs périphériques et de la moelle. L'auteur de ce travail a visé deux points particuliers de l'histoire de la polynévrite alcoolique : l'étude des altérations des nerfs périphériques, envisagées surtout dans leurs rapports avec le processus de la régénération des fibres nerveuses ; la signification des troubles psychiques dont s'accompagne parfois la polynévrite. Il a résumé dans les conclusions suivantes ses idées sur ces deux questions :

1° La forme de psychose, décrite et représentée par Korsakow comme appartenant en propre à la névrite multiple, en d'autres termes la psychose polynévritique, se rencontre parfois indépendamment de toute trace de polynévrite.

2° Dans les cas de névrite alcoolique accompagnée de troubles psychi-

ques, il y a souvent en cause des processus encéphalitiques plus ou moins étendus, qui occupent le tronc cérébral, principalement au voisinage du 4e ventricule. Les centres des muscles de l'œil peuvent être respectés par ces processus encéphalitiques.

3° L'atrophie des éminences mamillaires paraît ne pas être très rare, dans ces cas de névrite alcoolique (de la forme chronique principalement) compliqués de troubles intellectuels.

4° Les processus dégénératifs qui, dans les cas de névrite alcoolique, affectent le système nerveux périphérique, débutent en général par la périphérie.

5° La forme segmentaire de la névrite (névrite segmentaire péri-axile de Gombault) ne saurait être considérée comme équivalant à un stade de l'évolution de la dégénération wallérienne, elle représente un stade du processus de régénération. Ce processus, dans certaines circonstances, peut être enrayé dans sa marche, à une période peu avancée, et faire place à une nouvelle phase de dégénération.

6° Dans la névrite alcoolique, à l'instar de ce qui se voit dans d'autres affections du système nerveux, on observe des fibres larges et pâles, qui se distinguent par de fréquentes divisions, et dont la myéline a probablement subi une transformation chimique. Nous ne sommes pas encore fixés sur le point de savoir si le processus en question est d'ordre physiologique, pathologique ou régénératif; c'est cette dernière hypothèse qui est la plus vraisemblable. E. RICKLIN.

H. LIEPMANN. Ueber Albuminurie, Albumosurie und andere körperliche Symptome des Delirium tremens (*Arch. f. Psychiat.*, *XXVIII*, *2*, *p. 570*).

Les recherches de l'auteur ont porté sur 300 cas de delirium tremens. Dans 76 0/0 des cas, les urines ont été trouvées albumineuses; dans 52 0/0 des cas, cette albuminurie a été purement transitoire; dans 26 0/0 des cas, elle atteignait une intensité considérable. Elle ne pouvait être mise sur le compte de la fièvre. Elle augmentait et elle diminuait parallèlement au délire et à la fréquence du pouls. Dans la plupart des cas où les urines provenaient de sujets en pleine crise délirante, l'albuminurie a disparu vingt-quatre heures après la cessation de délire; dans un petit nombre de cas seulement elle a persisté pendant quelques jours. Une seule fois elle a disparu avant la cessation de la crise.

Dans 20 cas, les urines n'ont été examinées qu'à un moment où l'accès de délire avait déjà dépassé son acmé; 5 fois seulement on a trouvé de l'albumine, qui a disparu au bout de un ou deux jours. Dans 19 cas abortifs, on a constaté une albuminurie persistante deux fois, et une albuminurie transitoire deux fois. Dans 2 de ces cas, la disparition de l'albuminurie a coïncidé avec une forte diminution de la fréquence du pouls.

L'albumose paraît être relativement rare (16 fois sur 102 cas, et le plus souvent à l'état de traces), d'après les recherches de H. Liepmann.

E. RICKLIN.

Ch. FÉRÉ. Recherches sur la puissance tératogénique de quelques boissons alcooliques (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *n° 4*, *1896*).

Dans plusieurs travaux antérieurs, l'auteur a montré qu'il existe un

rapport assez constant entre la puissance toxique et la puissance tératogène des alcools. Cette fois il a recherché, par des expériences sur des œufs, selon le procédé employé par lui antérieurement, la puissance tératogène de quelques alcools naturels, dans le but de vérifier si les mêmes rapports peuvent être aussi constatés à leur égard. Ainsi, le rhum donne 45 0/0 d'embryons normaux, tandis que l'alcool éthylique en donne 66; une proportion analogue se rencontre entre les œufs qui ont reçu du vin et ceux qui ont reçu de l'eau alcoolisée. Ces chiffres montrent que dans ces produits, et notamment dans les vins blancs ou rouges, l'alcool n'est pas le seul agent nuisible. Ces résultats doivent être rapprochés de ceux de Daremberg, qui a vu qu'un lapin qui résiste à la dose d'alcool dilué contenu dans une quantité donnée de vin ne résiste pas à cette quantité de vin. Ce sont des faits nouveaux de nature à confirmer le rapport qui existe entre la puissance toxique et la puissance tératogène des agents chimiques, rapport très intéressant à étudier au point de vue de la pathogénie de la dégénérescence. M. DUVAL.

Discussion sur le crétinisme sporadique et son traitement (*Brit. med. Assoc.; Brit. med. Journ., p. 615, 12 sept. 1896*).

Rushton Parker montre une soixantaine de photographies de crétins sporadiques avant et après le traitement thyroïdien. Les résultats sont invariablement les suivants : Rapide diminution de la bouffissure, disparition de la proéminence abdominale et de la hernie ombilicale, rétraction de la langue en dedans des arcades dentaires, amincissement des lèvres, accroissement du poids et surtout de la taille, développement des cheveux, des ongles et des dents, redressement du squelette; presque toujours le bordage lombaire s'atténue; enfin, l'intelligence fait de rapides progrès.

Telford Smith étudie les diverses variétés d'idiots au point de vue du type et du traitement. Celui qu'il appelle le type mongole paraît être le résultat d'un arrêt de développement intra-utérin plus profond que celui du crétin. Il n'est pas prouvé que le corps thyroïde soit seul en cause. Ce sont en général des enfants nés tardivement de parents vieux ou fatigués par la maladie. L'atavisme tuberculeux est fréquent.

Ces cas sont dans une certaine mesure justiciables du traitement thyroïdien. L'amélioration de l'intelligence est évidente, quoique plus lente que chez le crétin. La peau desquamme, mais ne devient pas souple : la croissance est moins marquée, la blépharite ciliaire se modifie heureusement. Ces effets s'observent d'autant mieux que le traitement est appliqué à des enfants plus jeunes.

V. Horsley signale la similitude des déformations osseuses des crétins avec celles du rachitisme, on les reproduit expérimentalement en enlevant la glande thyroïde des animaux au moment de leur naissance.

Fletcher Beach, d'une analyse de 116 cas de crétinisme sporadique, tire les conclusions suivantes au point de vue de l'étiologie de cette affection. La consanguinité paraît jouer un certain rôle, mais secondaire : l'alcoolisme ne semble pas en cause. La phtisie des ascendants est une condition fréquemment rencontrée. L'aliénation des parents est plutôt

rare : l'héritage névropathique est par contre fréquent. La frayeur de la mère pendant la grossesse a été notée 13 fois. H. RENDU.

B. SACHS. A family form of idiocy, etc..... (Idiotie familiale amaurotique) (*Journ. of nerv. and ment. dis., p. 475, 1896*).

Sachs rappelle qu'en 1887 il a présenté à l'Association neurologique américaine un enfant dont, dès l'âge de trois mois, le développement intellectuel s'était trouvé arrêté, dont les membres s'étaient affaiblis et dont la vision s'était perdue graduellement; cet enfant était mort à l'âge de deux ans. Quatre ans plus tard, il eut l'occasion de voir dans la même famille un enfant présentant les mêmes phénomènes. Depuis lors il en a observé plusieurs autres cas ; en rapprochant de ceux-ci ceux qui ont été publiés par d'autres auteurs, on peut tracer de cette affection le tableau général suivant :

Arrêt du développement mental et idiotie dès l'âge de quelques mois. Parésie de la plus grande partie des muscles, flasque ou spasmodique. Réflexes absents ou exagérés, diminution de la vision aboutissant à une cécité absolue avec lésions de la macula et plus tard atrophie du nerf optique, marasme et terminaison mortelle. Vers l'âge de deux ans, apparition de cette maladie chez différents membres de la même famille. Le nystagmus, le strabisme, l'hyperacuité auditive ont été en outre constatés dans un certain nombre de cas. La plupart des observations connues ont trait à des israélites. Les rares autopsies n'ont pas encore donné de résultats comparables entre eux; les altérations les plus marquées semblent être celles des cellules pyramidales de l'écorce cérébrale. La syphilis compte dans l'étiologie de cette affection. PIERRE MARIE.

P MARIE et JOLLY. Un cas de myxœdème guéri par l'emploi de la thyroïdine (iodothyrine) (*Soc. méd. des hôp., 27 nov. 1896*).

Il s'agissait d'une femme âgée de 54 ans, pesant 195 livres, chez laquelle l'accélération du pouls et de la respiration et l'existence d'une légère albuminurie rendaient le traitement difficile; dès les premiers jours l'amélioration se manifesta par une reprise de l'activité cérébrale, le changement du caractère redevenu gai, la diminution de l'œdème et enfin du poids qui tomba à 175 livres en 36 jours. La thyroïdine agit comme l'extrait de glande en tablette et est plus facile à manier que les tablettes parce qu'elle est mieux dosée. H. L.

ALZHEIMER. Ein geborener Verbrecher (Un criminel de naissance) (*Archiv f. Psychiat., XXVIII, 2, p. 327*).

Le travail de l'auteur se rapporte au cas d'un étudiant en théologie, affecté d'une perversion sexuelle qui lui a valu des démêlés avec la justice de son pays. Les débats soulevés par cette affaire ont eu un certain retentissement. Kurella, dans son *Histoire naturelle du criminel* (p. 213), avait présenté le sujet en question comme un simulateur et comme un criminel vulgaire et responsable. Alzheimer a soutenu l'opinion contraire devant les tribunaux. Il développe les arguments d'après lesquels le sujet en question était un dégénéré de naissance, un criminel né.

E. RICKLIN.

S.-A. SOUKHANOW. Sur la psychose polynévritique (*Arch. de psychiat., de neuro russes, XXV*).

La psychose polynévritique est une entité morbide qui présente deux formes : dans l'une, on n'observe que l'amnésie, dans l'autre, cette dernière s'accompagne des faux souvenirs qui modifient le tableau clinique; cette deuxième forme est plus grave. Si, en même temps que la psychose polynévritique, il y a de la tuberculose pulmonaire, la mort peut s'ensuivre en peu de temps. Dans quelques cas de psychose polynévritique, surtout dans les cas graves évoluant avec des faux souvenirs, les accidents du côté des nerfs périphériques peuvent être peu prononcés, comparés aux symptômes cérébraux ; la plupart de ces cas s'observent chez les alcooliques. On peut donc admettre que chez ceux-ci le cerveau est plus frappé que les nerfs périphériques. H. FRENKEL.

A. CRAMER. Ueber Sinestänschungen bei geisteskranken Taubstummen, etc. (Sur des illusions des sens chez les sourds-muets déments, avec quelques remarques sur la signification des images des sons articulés et des images des mouvements phonétiques, dans la production des hallucinations de l'ouïe) (*Arch. f. Psychiat., XXVIII, 3, p. 875*).

Le but de ce travail, suivant les propres termes de l'auteur, est de montrer que chez les sourds-muets de naissance, des illusions des sons peuvent se montrer à titre d'équivalents des illusions de l'ouïe, et l'extériorisation de la pensée se faire, sans que, dans ce cas, les images des sons articulés jouent un rôle quelconque ; de montrer aussi comment les sourds-muets de naissance, bien doués au point de vue intellectuel, peuvent acquérir une intelligence supérieure, sans nulle intervention des images des sons articulés. N'empêche qu'une importance considérable revient à ces images ; c'est ce que démontre un cas, relaté par l'auteur, et qui concerne un sujet devenu sourd à l'âge de 10 ans. Dans ces conditions, en effet, les images des sons articulés jouent un rôle manifeste, malgré la surdité, lors des illusions de l'ouïe qui ne se montrent qu'à un âge plus avancé.

L'auteur s'est proposé également de montrer ceci : De même que, chez divers individus, le langage mental est tantôt plus, tantôt moins accentué, de même, chez les déments, le symptôme de l'expression phonétique de la pensée est dans une dépendance plus ou moins grande par rapport à certains phénomènes anormaux, liés à la représentation intérieure des mouvements phonétiques.

L'extériorisation de la pensée s'observe en dehors de toute ou de presque toute participation des éléments acoustiques. On se figure difficilement que l'intériorisation de la pensée puisse se faire, sans le concours des images des mouvements phonétiques, par le seul fait de phénomènes anormaux qui viendraient à se produire dans les centres qui président à la production des sons articulés. Les illusions de l'ouïe, qui reposent sur des éléments exclusivement acoustiques, consistent presque toujours dans la perception de mots isolés.

Le fait de concevoir des pensées, sans que du même coup surgissent

des impressions acoustiques ou des impressions de mouvement, en rapport avec ces pensées (ce que Kraepelin a désigné sous le nom d'hallucinations aperceptives), échappe à toute analyse rigoureuse ; ce fait n'en a pas moins une signification clinique considérable. E. RICKLIN.

W. WRIGHT. The clinical study of four cases of insanity treated with thyroid extract (*Med. news, p. 377, 4 avril 1895*).

L'auteur a traité avec l'extrait thyroïdien 2 malades atteints de mélancolie et 2 malades atteints de manie. Il y eut amélioration de l'état général, mais une modification de l'état mental si légère, qu'elle ne saurait justifier la durée et les inconvénients du séjour au lit des malades, et les dangers que fait courir l'absorption de cette préparation. MAUBRAC.

MAIRET et VIRES. Un stigmate permanent de l'épilepsie (*N. Montpellier méd., 6 fév. 1897*).

Pendant l'attaque d'épilepsie l'azote et les phosphates éliminés par les urines sont augmentés. L'augmentation des phosphates porte sur les phosphates alcalins et sur les phosphates ferreux, mais davantage sur ces derniers. Par suite, le rapport qui existe entre ces deux espèces de phosphates est modifié. Tandis qu'à la normale ce rapport est environ comme 33 est à 100, sous l'influence de l'attaque il devient comme 50, 60 est à 100 et même davantage.

D'une façon générale, l'attaque d'épilepsie diminue la toxicité de l'urine.

L'attaque modifie toujours la marche de la température. Pendant les périodes de convulsion, de stertor et de sommeil, elle l'abaisse ou l'élève, suivant qu'il y a ou non agitation ; mais toujours, au réveil, il y a une tendance au retour à la normale.

L'hypotoxicité urinaire est un stigmate permanent de l'épilepsie ; elle est constante dans cette maladie, existe en dehors de toute attaque, même lorsque les attaques sont suspendues depuis des années. Ce stigmate n'est pas propre à la seule épilepsie, on le retrouve dans l'hystérie ; mais il existe, soit dans les caractères de la toxicité de l'urine (beaucoup plus convulsivante chez l'épileptique), soit dans l'existence des stigmates permanents propres à l'hystérie, des moyens de diagnostic différentiel.

L'hypotoxicité urinaire ne s'observe pas seulement dans l'épilepsie convulsive, elle existe encore dans l'épilepsie larvée ; elle est donc bien fonction de la névrose. Ces faits confirment les recherches de J. Voisin (Voy. *R. S. M.*, XLVII, 232). G. LYON.

Ad. STRUEMPELL. Ueber einen Fall von retrograder Amnesie nach traumatischer Epilepsie (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh. VIII, p. 331*).

Homme de 46 ans, sans antécédents nerveux, avait reçu, un peu plus d'un an auparavant, une forte contusion sur le crâne en se heurtant contre la porte ouverte d'un poêle, pas de perte de connaissance. Deux jours après, attaques d'épilepsie jacksonienne ; un jour plus tard érysipèle de la face ; son état fut jugé assez grave pour qu'un prêtre vînt le confesser. Dans la suite, le

malade avait perdu tout souvenir depuis le moment de l'accident et y compris la confession; de plus, il existait une amnésie rétrograde pour les faits qui s'étaient passés environ dans les trois mois qui avaient précédé l'accident. A l'occasion de cette observation, Strümpell discute le mécanisme de l'amnésie rétrograde et conclut que dans ce cas elle procédait vraisemblablement d'une perte des impressions de la mémoire, tandis que dans l'amnésie rétrograde hystérique, il s'agirait d'une inhibition de la reproduction de certaines représentations.

PIERRE MARIE.

THOUVENET. Considérations sur les récidives éloignées de l'épilepsie jacksonienne traitée par la trépanation (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur montre que la guérison de l'épilepsie jacksonienne qui est très fréquente à la suite d'intervention chirurgicale peut ne pas être définitive ; il rapporte des cas où des récidives se sont manifestées plusieurs mois, une année même après l'intervention chirurgicale. Cette réapparition semble avoir pu se produire en l'absence de toute récidive de la cause irritante enlevée au cours de l'opération. Elle s'explique alors par la persistance de lésions des circonvolutions motrices. L'auteur montre en terminant qu'on ne devra croire complètement guéris que les malades revus longtemps après l'intervention et qu'il ne faudrait publier que des observations contenant des renseignements très complets sur les suites éloignées de l'intervention.

VICTOR VEAU.

P.-J. KOWALEWSKI. Sur l'épilepsie sénile (*Arch. de psychiat. russe, XXIX*).

1° On peut diviser tous les cas d'épilepsie en deux groupes : l'épilepsie idiopathique, vraie ou cérébro-spinale, et l'épilepsie symptomatique ou corticale; 2° les causes du premier groupe sont les unes efficientes, les autres déterminantes; 3° parmi les causes efficientes, l'hérédité morbide occupe le premier rang; 4° les intoxications et les auto-intoxications ne sont, le plus souvent, que des causes déterminantes qui agissent sur un terrain prédisposé; plus rarement elles peuvent agir sur le système nerveux central comme causes efficientes, au même titre que la prédisposition héréditaire; 5° l'âge infantile, juvénile, sénile, est une des causes secondaires importantes; 6° l'épilepsie sénile apparaît au delà de 60 ans et revêt le plus souvent les caractères de l'épilepsie idiopathique; l'épilepsie symptomatique est possible à cet âge et dépend des lésions en foyers; 7° l'épilepsie sénile se manifeste sur des prédisposés héréditaires ou même chez des prédisposés acquis; 8° parmi les conditions étiologiques, il faut citer : l'hérédité, l'artériosclérose, l'alcoolisme, la syphilis, des lésions organiques du cerveau et des méninges, des émotions, etc.; 9° elle peut revêtir la forme de grand-mal, de petit-mal, des équivalents ou des accès furieux; 10° elle s'accompagne souvent d'un affaiblissement de l'attention, de la mémoire et d'autres fonctions psychiques, bien qu'à un degré moindre que dans l'enfance et l'adolescence; 11° elle s'associe souvent avec l'insomnie, les vertiges, les accès d'angine de poitrine ou avec d'autres phénomènes nerveux; 12° son évolution et son pronostic ne diffèrent guère de l'épilepsie essentielle commune ; elle paraît céder au traitement diététique et médicamenteux.

H. FRENKEL.

CLARK The administration of thyroïd in epilepsy (*Med. Record, 24 oct. 1896*)

A 4 sujets atteints d'épilepsie accompagnée d'autres tares neurotiques, C. a donné des tablettes de thyroïdine sans aucune amélioration de la maladie principale, les seuls résultats appréciables ayant été une diminution de poids de 1 à 5 kilogrammes. Chez un cinquième individu obèse, la diminution de poids fut de 6 kilogrammes rapidement regagnés après la cessation du traitement. CART.

MARANDON DE MONTYEL. Contribution à l'étude du réflexe crémastérien (dans la paralysie générale) (*Arch. de physiol., VII, p. 571*).

Dans l'immense majorité des cas, 80 0/0, ce réflexe est altéré chez les paralytiques généraux, et le plus souvent dans le sens de l'abolition et de l'affaiblissement. Cette tendance à l'affaiblissement croît à mesure que la maladie progresse. Les inégalités à droite et à gauche tendent de même à s'atténuer avec le progrès de la paralysie. C'est dans la forme démentielle plus que dans la forme dépressive que se rencontrent les altérations. Il n'y a aucun rapport entre les états du réflexe crémastérien et les états du sens génital. DASTRE.

MAIRET et VIRES. Recherches sur l'action des sérums dans le traitement des maladies mentales et nerveuses (*Bull. méd., 15 août 1896*).

Le sérum d'un maniaque guéri a été injecté à la dose de 10 centimètres cubes à deux maniaques en pleine période d'excitation. Il n'en est résulté aucun accident local ni général.

Chez la première de ces malades, l'injection faite à deux reprises a provoqué chaque fois de la somnolence et du calme pendant douze heures, avec retour de l'agitation.

Chez une autre malade, les injections faites quotidiennement pendant vingt jours ont amené les mêmes phénomènes et une amélioration manifeste ; reprises après une rechute, elles ont abouti à la guérison.

LEFLAIVE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

LE DENTU et Pierre DELBET. Traité de chirurgie clinique et opératoire. Tome III : « Articulations, muscles » (*In-8° 904 p., Paris, 1896*).

Le tome III de cet excellent traité est consacré à l'étude des lésions des articulations et des muscles. Nous trouvons un résumé détaillé

des traumatismes articulaires, entorses, luxations par *Cahier;* une excellente histoire, mise au point d'après les documents et les travaux les plus récents, des inflammations articulaires, microbiennes et amicrobiennes par *Mauclaire*. A signaler d'une façon spéciale le chapitre tuberculoses articulaires.

Quelques pages plus loin, cette question est reprise au point de vue particulier de chaque articulation par *Gangolphe* (tumeurs blanches de l'épaule, du coude, du genou, coxalgie, sacro-coxalgie, etc.).

Chipault étudie les arthropathies nerveuses, hystériques, trophiques, arthrite sèche, lésions qui ne figuraient pas autrefois dans le domaine de la pathologie chirurgicale. *Lyot*, dans un mémoire de plus de 150 pages, passe en revue les affections des muscles (traumatismes, hernies, tumeurs, myosites de différentes natures), des tendons, des synoviales et des bourses séreuses.

A. CARTAZ.

I. — RIEDEL. Die Morphium-Äthernarkose (*Berlin. klin. Woch., 28 sept. 1896*).

II. — C. SCHLATTER. Zur 50 jährigen Jubelfeier der Äthernarkose (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, p. 764, 15 déc. 1896*).

I. — Sur 13,000 chloroformisations, Riedel a eu 9 cas de mort, tous chez des individus débilités ou alcooliques. Depuis 1893, il a fait 3,000 éthérisations et n'a eu qu'un cas de mort directement imputable à l'anesthésie, chez un emphysémateux, 33 heures après l'opération. Tant pour diminuer la susceptibilité des premières voies respiratoires que pour restreindre la quantité d'éther nécessaire, une demi-heure avant l'anesthésie, il pratique une injection sous-cutanée de morphine (un demi-centigramme de 14 à 18 ans ; un centigramme chez les adultes des deux sexes; deux à trois centigrammes chez les buveurs) ; puis il ne verse que 3 ou 4 grammes d'éther dans le masque de Julliard qu'il n'applique pas tout de suite contre le nez ; ensuite, c'est goutte par goutte qu'il laisse tomber l'éther sur la compresse. Il a fait plus de 200 éthérisations pour laparotomies sans incident. Il y a recours, même pour les opérations sur la face, en se servant du masque à chloroforme et ne lui substitue le chloroforme que dans les opérations palatines et pharyngées. Les opérés doivent être surveillés jusqu'à leur réveil (qui peut tarder plusieurs heures, en raison de la morphine) à cause de la rétraction possible de la langue. Jusqu'au lendemain matin, afin d'éviter les vomissements, R. ne laisse rien prendre aux malades que de petits morceaux de glace dont ils n'avalent pas l'eau de fusion.

Si pendant l'anesthésie avec l'éther, on n'a pas à redouter la syncope cardiaque et l'arrêt brusque de la respiration, comme avec le chloroforme, en revanche, les suites désagréables sont plus nombreuses. Riedel a cru un certain temps que l'éther favorisait la production des thromboses veineuses avec embolies pulmonaires, mais Julliard et Stelzner lui ont déclaré n'avoir rien observé de semblable.

II. — A la clinique chirurgicale de Zurich, il a été pratiqué depuis 1893 plus de 2,000 éthérisations. Comme Riedel, Krœnlein n'est pas partisan de la méthode asphyxiante pour administrer l'anesthésique ; il lui préfère la méthode enivrante, convaincu que le mode d'administration

est pour beaucoup dans la fréquence des accidents consécutifs (bronchites et pneumonies) qui mettent obstacle à l'emploi de l'éther par tous les chirurgiens, malgré ses dangers immédiats beaucoup moindres. A Zurich, toutes les 2 minutes, on verse 20 grammes d'éther sur le masque de Julliard qui est d'abord tenu à quelque distance du visage, puis rapproché graduellement. Evidemment, on accroît ainsi le temps et la quantité d'anesthésique nécessaires pour endormir les malades, mais on diminue d'autant le nombre des bronchites et des pneumonies secondaires dues à la concentration des vapeurs d'éther.

Schlatter n'est pas favorable à l'emploi combiné de l'éther et du chloroforme. En revanche, dans le service de Krönlein, on se sert avec avantage, pour toutes les opérations un peu longues, de l'anesthésie par la morphine et l'éther préconisée par Riedel.

Goebel, qui a expérimenté les deux modes d'administration de l'éther avec les masques de Julliard, de Czerny et de Wanscher, a toujours noté la supériorité de la méthode enivrante sur l'asphyxiante. J. B.

BLAKE. Notes on anesthesia; oxygen after ether (*Boston med. surg. Journ., 12 nov 1896*).

De suite après l'anesthésie par l'éther, B. fait inhaler de l'oxygène à ses opérés au moyen d'une sonde en gomme molle qu'il introduit dans le pharynx par voie nasale. Le retour à l'état de conscience est alors très prompt, cette manœuvre serait aussi le procédé de choix dans les cas de collapsus menaçant. CART.

I. — RECLUS. Gaïacol et cocaïne (*Bull. Acad. de méd., 19 mai 1896*).

II. — C. BENOIT. Du gaïacol et de la cocaïne considérés comme anesthésiques locaux (*Thèse de Paris, 1896*).

I. — L'action analgésique du gaïacol est très inférieure à celle de la cocaïne ; elle est plus lente, moins puissante et n'a pas d'avantage même sur les tissus phlogosés.

Quant aux accidents dus à la cocaïne, on les évite en employant une solution à 1 0/0, en n'utilisant pas plus de 15 centigrammes de cocaïne, en plaçant le malade dans le décubitus horizontal et en pratiquant l'injection dans le derme (éviter les veines).

II. — Le gaïacol, employé en badigeonnages sur la peau saine, est anesthésique, mais non la cocaïne. En chirurgie dentaire il rend peut-être plus de services que cette dernière et permet d'anesthésier les malades assis.

Pour les petites opérations de chirurgie, il lui est inférieur; le gaïacol injecté ne produit pas une réelle anesthésie et expose à des accidents locaux (eschares), généraux, ou consécutifs à son élimination (albuminurie, congestion pulmonaire). LEFLAIVE.

A. AJELLO. Sulle alterazioni organiche dipendente della narcosi chloroformica (*Clinique chirurg. de l'Université de Palerme, 1896*).

D'après les recherches de l'auteur, le chloroforme déterminerait des

altérations aiguës dans le parenchyme de divers organes, particulièrement des reins, du foie, du cœur, des muscles striés, de la rate, du sang, de l'appareil vasculaire sanguin. Ces altérations sont d'intensité variable, de nature inflammatoire et dégénérative. D'ailleurs, elles ne sont pas exclusivement caractéristiques du chloroforme ; elles apparaissent sous l'action des substances toxiques infectieuses d'origine interne ou externe qui activent les échanges matériels et entravent l'élimination des principes de désassimilation. L'étendue de ces altérations, est, jusqu'à un certain point, proportionnelle à la durée de la chloroformisation et à la quantité de l'agent employé. La terminaison normale est la guérison avec restitution *ad integrum*. Cependant, elles peuvent donner la mort par intoxication urémique; quelquefois, mais rarement, elles peuvent aboutir à l'état chronique. DASTRE.

Rudolph MATAS. The surgical peculiarities of the american negro (*Trans. of Amer. surg. Ass., XIV, 1896*).

L'auteur, après avoir résumé les points principaux anatomiques et physiologiques qui distinguent la race noire de la race blanche, passe en revue les principales maladies chirurgicales et établit, d'après la statistique décennale de Charity-hospital à New-Orleans, les différences qu'on peut rencontrer chez le nègre. Voici ses conclusions :

Le nègre du nord de l'Amérique diffère à tous les points de vue de ses ancêtres africains par suite des influences combinées du climat, du mélange à la race blanche, etc... Sa morbidité et sa mortalité générales étaient moindres que celles du blanc avant l'abolition de l'esclavage; actuellement elles augmentent. Livré à lui-même, le nègre est devenu moins résistant, plus apte à contracter des maladies qui l'épargnaient autrefois. Il n'y a pas de maladies existant uniquement chez le nègre; au point de vue chirurgical, on ne peut établir de différence entre le blanc et le noir. Mais les statistiques montrent d'une façon indubitable que la race noire tend à dégénérer par suite des influences mauvaises, hygiéniques, sociales et autres. A. CARTAZ.

WILSON, LEWIS, etc. Mental complications following surgical operations (*New York med. Journal, p. 849, 26 déc. 1896*).

Wilson fait remarquer que, tandis que certaines opérations causent quelquefois de sérieux troubles mentaux, parfois, au contraire, ces mêmes opérations les guérissent : c'est particulièrement le cas de certains mélancoliques. La cause pour laquelle une opération chirurgicale produit une crise de folie reste incertaine : l'hérédité, l'alcoolisme, des infections expliquent certains cas ; mais très souvent la cause réelle échappe d'une manière absolue.

E. S. Lewis cite une femme de 40 ans, ancienne hystérique, à laquelle il a pratiqué une périnéorraphie ; après l'opération, des troubles mentaux parurent avec une telle intensité, que la malade dut être enfermée dans un asile, où elle est restée. Une autre malade de 60 ans fut atteinte de folie, après l'ablation d'un volumineux kyste ovarique adhérent.

W. E. Parker, dans de semblables conditions, a observé 3 cas de folie

chez l'homme; il incrimine l'alcool, la cocaïne, la morphine dont abusaient ses opérés.

Rhett a rencontré un cas de folie, développée chez une vieille femme, à la suite d'une amputation du sein.

Carteledge croit que, dans la plupart des cas, il s'agit de troubles mentaux avec lésions organiques, plutôt que de folie pure.

D. S. Davis, chez une jeune femme albuminurique, a observé un cas de manie aiguë qui dura 7 jours ; l'opérée guérit.

D'après *Taber Johnson*, Noble aurait vu huit fois la folie se déclarer après des interventions sur le périnée.

Wilson ne croit pas que la folie s'observe plus souvent après les opérations sur le périnée ou les organes génitaux, qu'après les opérations sur d'autres parties du corps. MAUBRAC.

I. — HOFMEISTER. Ueber Catgutsterilisation durch Auskochen (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 24, p. 551, 15 juin 1896*).

II. — R. SCHÄFFER. Ueber Catgutsterilisation (*Ibid.*, *27 juill. 1896*).

III. — R. KOSSMANN. Ueber steriles Catgut (*Ibid.*, *28 sept. 1896*).

IV. — E. SAUL. Zur Catgut-Frage (*Ibid.*, *n° 42, p. 942, 19 oct. 1896*).

V. — HOFMEISTER. Erklärung zu dem Vortrag des Hernn Schäffer (*Ibid.*, *p. 943*).

I. — Hofmeister stérilise le catgut de la manière suivante : 1° immersion durant 12-48 heures dans une solution de formaline à 2-4 0/0; 2° lavage à l'eau courante pendant 12 heures au moins pour enlever l'excès de formaline ; 3° ébullition dans l'eau de 5 à 20 minutes ; 4° redurcissement et conservation dans l'alcool absolu additionné de 5 0/0 de glycérine et de 4 0/0 d'acide phénique (si le catgut est enroulé sur cadres métalliques) ou de 1 0/00 de sublimé (quand le catgut est pelotonné sur lames de verre). Ce procédé a pour avantages d'assurer une stérilisation parfaite du catgut sans en affaiblir la résistance à la traction et d'éviter le recours à des manipulations compliquées ou à des appareils coûteux. Il diminue un peu la faculté du catgut à se résorber, mais ne la supprime pas.

II. — Partant du principe qu'un bon désinfectant chirurgical doit tuer non seulement les pyocoques, mais tous les microorganismes connus, pathogènes ou non, à cause de l'éventualité de la symbiose et des infections mixtes, Schaeffer a observé expérimentalement l'efficacité des procédés les plus usuels ou les plus nouveaux de stérilisation du catgut en les faisant agir sur les spores charbonneuses, sur le bacille du catgut de Kroenig (*Cent. f. Gynaek.*, 1894) et sur un bacille des pommes de terre non pathogène mais supportant impunément 100 minutes d'exposition à la vapeur dans la marmite de Koch. La liqueur bouillante d'alcool phéniqué étendu d'eau de Saul (*Berlin. klin. Wochens.*, 1896, n° 2) ne tue pas au bout de 30 minutes le bacille de la pomme de terre en question. Le procédé de Von Bergmann, qui consiste à placer le catgut, préalablement dégraissé par un séjour de 24 heures dans l'éther, dans un mélange de 800 parties d'alcool absolu, de 200 d'eau et de 10 de sublimé durant 2 jours, est un excellent moyen de stériliser le catgut. La méthode

de A. Martin (immersion pendant 8 jours dans une solution alcoolique de sublimé au millième, puis conservation dans un mélange d'une partie d'essence de genièvre et de 2 d'alcool, est complètement insuffisante. Le procédé de Kocher (*R. S. M.*, XXIII, 257), basé sur l'immersion pendant 24 heures dans de l'huile essentielle de genièvre pure et fraîche, est bon, à condition de doubler le temps de séjour du catgut dans le désinfectant. La méthode de Kossmann (*Zeitschrf. f. Geb. und Gynaek.*, XXXII) et Vollmer (*Centralbl. f. Gynaek.*, 1895), fondée sur l'immersion pendant 24 heures dans une liqueur de formaline à 2 0/0, ne fournit pas de bons résultats.

La stérilisation par la chaleur sèche appliquée d'abord par Reverdin (*Rev. méd. Suisse romande*, 1888), puis par Dœderlein (*R. S. M.*, XXXVI, 62) et par Benckiser (*Centralbl. f. Gynaek.*, 1889), est irréprochable, mais d'un emploi trop délicat. Le procédé de Krönig (*loc. cit.*) (immersion dans le cumol chauffé 1 heure à 160°) est passible du même reproche. Enfin, les procédés de Hofmeister et de Halban et Hlawacek (*Wiener klin. Wochens.*, 1896, n° 18), reposant l'un et l'autre sur l'emploi combiné de la formaline et de l'ébullition, ne donnent pas toute sécurité, car ils sont impuissants contre le bacille de la pomme de terre de Schaeffer.

En utilisant les côtés ingénieux et nouveaux de la méthode de Saul, Schaeffer est arrivé à formuler le procédé suivant : ébullition du catgut dans un mélange composé de 85 centimètres cubes d'alcool absolu, 15 d'eau distillée et $0^{gr},5$ de sublimé.

On trouvera dans son intéressant mémoire le dessin de l'appareil qu'il a fait construire pour cela et qui réalise la stérilisation parfaite du catgut en 3/4 d'heure au lieu d'exiger plusieurs jours comme les méthodes usuelles.

III. — Kossmann repousse les critiques adressées par Schaeffer à son procédé de désinfection du catgut. Il n'a pas eu la prétention de réaliser une stérilisation absolue, ce que recherche Sch., mais de suffire aux besoins de la pratique chirurgicale d'une manière à la fois efficace, simple et économique. Pour ses expériences, Sch. s'est servi de microorganismes dont le chirurgien n'a pas à se soucier.

IV. — Saul ne trouve pas heureuses les modifications que Sch. a apportées à sa méthode de désinfection du catgut. La substitution du sublimé à l'acide phénique oblige à remplacer le solide appareil métallique de Saul par un récipient en verre fragile; de plus, elle exige le dégraissage préalable du catgut, etc.

V. — Hofmeister a pu convaincre Sch. que l'ébullition pendant une 1/2 heure ou même 1 heure du catgut dans l'eau n'en altère nullement la solidité. J. B.

SENN. Ideal catgut sterilization (*Journ. Amer. med. Ass., 12 déc. 1896*).

S. adopte la méthode préconisée par Hofmeister : immersion du catgut pendant 12 à 24 heures dans une solution de formaline à 2 ou 4 0/0 suivie d'une immersion de 12 heures dans de l'eau courante, puis il le fait bouillir pendant 15 minutes. Il coupe ensuite le catgut en fragments qu'il

réunit en petits faisceaux de 6 à 12 fils, mais au lieu de le tenir ensuite à demeure dans une solution de sublimé, il l'enferme dans des tubes de verre remplis de la solution suivante : alcool absolu, 950; glycérine, 50; iodoforme fin pulvérisé, 100. S. conseille aux chirurgiens de préparer eux-mêmes leur catgut et de ne pas avoir recours aux produits commerciaux. CART.

LARRABEE. The sterilization of catgut by boiling alcohol (*Boston med. surg. Journ.*, *28 janv. 1897*).

D'accord avec Saul, L. conseille de stériliser le catgut par l'ébullition au bain-marie de la solution suivante : alcool absolu, 850; acide phénique, 50; eau, 100. L'asepsie sera parfaite si l'on a soin de varier le temps de l'ébullition suivant la grosseur du catgut : trente minutes pour le catgut fin et une heure pour le gros catgut. CART.

MOURETTE. Essai sur le lavage du sang (*Thèse de Paris*, *1896*).

L'auteur conclut que les injections de sérum artificiel (7 grammes de NaCl par litre) sont sans aucun danger chez l'individu bien portant pourvu qu'elles ne soient pas trop rapides. La vitesse maxima d'injection est de 3 centimètres cubes par minute et par kilogramme de l'individu injecté. L'injection peut se faire dans le tissu cellulaire; elle est alors facile et absolument inoffensive; dans les veines elle est plus rapide, mais beaucoup plus délicate et parfois très dangereuse. Les injections massives de 1000 à 1500 grammes sont employées surtout dans les hémorragies, les infections. Dans les hémorragies elles agissent en relevant la pression artérielle, en permettant au sang encore contenu dans les vaisseaux de circuler; enfin elles ont une action hémostatique. Elles donnent dans ces cas de brillants résultats. Dans les infections le mode d'action est encore mal connu, il est probable que l'injection aide d'une part à l'élimination des toxiques, active de l'autre la phagocytose. Les infections générales sous toutes leurs formes sont justiciables de cette méthode. Les intoxications telles que l'urémie et l'éclampsie semblent devoir en bénéficier. VICTOR VEAU.

LE DENTU. Pneumatocèle consécutive à une fracture du crâne : trépanation (*Bull. Acad. de méd.*, *30 avril 1896*).

Jeune homme, chute de 12 mètres, fracture de la boîte cranienne à 4 centimètres au-dessus de l'arcade sourcilière droite. Epanchement sanguin sans autre accident immédiat. Le sang résorbé, on constatait à ce niveau un enfoncement osseux et de ce point deux traits de fracture, l'un allant vers la partie interne de la paroi orbitaire et l'autre, en dehors, vers la partie profonde de l'os malaire.

Vingt jours après l'accident, symptômes de pneumatocèle et, par suite de la pénétration de l'air, tuméfaction inflammatoire de la région : incision; issue de gaz et de quelques gouttes de pus. Une trépanation met à nu le lobe frontal qui, dans l'étendue d'un demi-centimètre, est ramolli et infiltré de pus. Pas de pus dans la profondeur. OZENNE.

GUTHRIE. Violent jactitations, etc. (Mouvements continuels de vingt-deux ans de durée, limités aux membres gauches : trépanation, excision du centre moteur) (*The Lancet, p. 1679, 12 déc. 1896*).

Un homme de 25 ans était atteint, depuis l'âge de 3 ans, de mouvements violents intéressant surtout le bras et la jambe gauches, et s'étendant, mais à un moindre degré, aux membres correspondants du côté opposé. Ces mouvements avaient le caractère ataxique, choréique et clonique, et ne cessaient que dans le sommeil profond. On notait en même temps du strabisme externe de l'œil gauche, avec dilatation de la pupille ; la langue était déviée à droite, et la parole traînante et hésitante.

L'aire motrice droite du cerveau est mise à découvert; l'écorce paraissait saine; le centre du pouce fut recherché à l'aide d'un courant électrique, et ce centre, avec les parties voisines de l'écorce, fut excisé sur une étendue de un pouce et demi de diamètre; le résultat immédiat fut une paralysie de la motilité volontaire de la main et du bras gauche, durant une semaine : pendant ce temps, le patient eut 17 crises épileptiques, limitées au début au côté droit, puis s'étendant au corps tout entier; pendant ces crises, le bras gauche restait flasque et sans mouvement. Puis, peu à peu, les mouvements reparurent dans le bras gauche, pour devenir bientôt convulsifs ou ataxiques, et au bout de 3 mois, la situation était semblable à celle qui existait avant l'opération.

Le malade est mort récemment de paralysie bulbaire, peut-être par hémorragie dans la 4e ventricule.

Spencer Watson cite le cas d'une jeune fille de 16 ans, qui, pour des symptômes semblables, fut trépanée, sans résultat satisfaisant : l'état semble plutôt être plus mauvais. PIERRE MAUBRAC.

ZELLER. Fälle von Hirnabscesse (*Berlin. klin. Woch., XXXII, p. 922*).

1° Femme de 65 ans, décrépite; amputée pour arthrite suppurée du genou. Un peu d'obnubilation intellectuelle, sans aphasie. Légère inégalité des deux côtés de la face et des pupilles qui réagissent. Sans qu'il y ait paralysie du facial, la physionomie est celle d'un masque. Contractions fibrillaires de la langue et des lèvres. Contrairement au diagnostic de paralysie générale, on trouva 3 abcès cérébraux dont 2 presque symétriques dans les couches optiques et dont le 3e, à la partie antéro-postérieure du lobe frontal droit, communiquait avec le 3e ventricule.

2° Homme de 37 ans, présentant, à la suite de bronchite putride et de gangrène pulmonaire, tous les signes d'un abcès par embolie cérébrale de la région motrice droite : début par convulsions du membre supérieur gauche, gagnant peu à peu le côté gauche de la face et le membre inférieur correspondant; ensuite, paralysie progressive flasque de ces diverses parties avec déviation conjuguée des yeux à gauche. Mort au bout de quelques jours par méningite par perforation. A l'autopsie, 2 abcès, l'un à droite, au-dessous des deux tiers supérieurs des deux circonvolutions centrales; l'autre dans le lobe occipital gauche, rompu dans la corne postérieure du ventricule latéral gauche.

3° Jeune homme de 19 ans ayant reçu, il y a 6 semaines, au côté gauche du front, un coup d'un lourd instrument en fer. La plaie suppura et fut rouverte au bout de 8 jours, en même temps qu'on retira de petites esquilles. Vomissements; température 36°,5; 100 pulsations. Quelques heures plus tard, agitation, obnubilation intellectuelle, ralentissement de plus en plus marqué du pouls (48); ni paralysies, ni aphasie. Ablation avec le ciseau de la dépression du frontal; pas de pulsations de la dure-mère; une ponction avec une fine canule

ramène du pus de la profondeur. La dure-mère ouverte, le cerveau, dont la surface est normale, fait hernie dans la plaie; une large incision évacue une grande quantité de pus, mêlé d'un liquide jaune brun, terne; la cavité purulente a le volume d'un œuf de poule et est bordée de parois déchiquetées. Drain de 9 centimètres de long et tamponnement. Au bout d'une heure, l'opéré est redevenu calme et a toute son intelligence; température 37°,5, 74 pulsations. Drainage continué 6 semaines, malgré les faibles sécrétions. Guérison sans trouble, sauf une procidence du cerveau, 3 semaines après l'opération.

4° Garçon de 2 ans 1/2. Otite suppurée scarlatineuse et mastoïdite. A l'incision, issue de pus; le grattage d'un point d'os rugueux et friable conduisit, à travers l'écaille temporale, dans un abcès situé sur la dure-mère. 4 semaines plus tard, symptômes d'un abcès cérébral. Parésie faciale; vomissements, secousses dans le membre supérieur gauche et ensuite dans le membre inférieur correspondant; mydriase gauche, fièvre intense avec diminution de l'écoulement de pus par la plaie. Le pouls ne devint lent (56) que 10 jours après le début des symptômes d'abcès. Devant les refus de la mère, l'opération ne fut faite qu'*in extremis*. Trépanation avec le ciseau au-dessus du conduit auditif externe et évacuation de l'abcès; mort dans la nuit. L'abcès du lobe temporal s'était rompu dans le ventricule latéral.

5° Garçon de 13 ans, admis pour une vieille ostéomyélite multiple; d'aspect misérable, il ne mangeait presque rien, n'avait ni douleurs, ni paralysies; température normale, 66 pulsations. Le lendemain, à 3 heures de l'après-midi, subitement somnolence et collapsus; l'oreille gauche avait donné issue à une cuillerée à thé de pus jaune verdâtre, d'odeur putride. L'œil gauche était clos, sa pupille réagissait à la lumière; l'œil droit était ouvert en permanence, sa pupille dilatée, les réflexes conjonctivaux et pupillaire abolis. Visage dévié à gauche; hémiplégie des membres droits. Dans la soirée, déclin rapide et mort dans la nuit à 3 heures. On trouva dans le lobe temporal gauche un vaste abcès plein de pus putride, sans trace de méningite ni de perforation ventriculaire. Sur le rocher gauche, au niveau de la caisse du tympan qui offrait deux petites perforations pleines de pus, la dure-mère était dans l'étendue d'un grain de riz, rouge bleu sombre et très friable.

6° Fille de 22 ans, ayant depuis l'âge de 10 ans un écoulement purulent par l'oreille droite, pour lequel elle a subi, en 1891 et 1892, deux trépanations mastoïdiennes. De vives douleurs auriculaires la ramènent à l'hôpital. Dès qu'elle a les yeux fermés, elle chancelle et tombe. Les douleurs, d'intensité plus ou moins forte, occupent la moitié droite de la tête et sont exacerbées par la percussion du crâne; sensorium libre; le pli naso-labial gauche est moins marqué que le droit, la langue tirée se dévie à gauche; pas d'autres paralysies; sensibilité entière; fond de l'œil sain; température normale. L'existence de stigmates hystériques, tels qu'une diplopie persistante, quand un œil est clos, détourne Sonnenburg de l'idée d'un abcès du lobe temporal. En fait, l'état général s'améliore considérablement et ce n'est que 7 semaines plus tard qu'on note une rechute : vomissements, léger mouvement fébrile (38°), irrégulier; pouls variant de 60 à 90; apathie, persistance des parésies du facial et de l'hypoglosse. Après ouverture du crâne, on trouve l'abcès en arrière et au-dessus du conduit auditif; il forme une vaste cavité s'étendant en avant et en haut; drainage et tamponnement. Quelques jours plus tard, symptômes de méningite et hernie cérébrale incoercible; mort 8 jours après l'opération. A l'autopsie, ramollissement au pourtour de l'abcès, œdème du reste du lobe temporal, pachyméningite et leptoméningite suppurée.

7° Homme de 27 ans, ayant depuis trois ans un écoulement de pus par chaque oreille; à gauche, le flux a tari et l'ouïe s'est améliorée; en arrière et au-dessous de l'oreille se sont formées, de nuit, des tumeurs qui ont été opérées. Gonflement dur de tout le côté droit du cou; fistules des régions paroti-

dienne et mastoïdienne donnant peu de pus ; submatité et murmure vésiculaire obscur au sommet des poumons. L'incision des parties cervicales indurées révèle une suppuration remontant jusqu'à l'écaille occipitale et une fonte caséeuse des ganglions. L'incision de la fistule rétro-mastoïdienne décelant des os rugueux, on détache à coups de ciseau les restes de l'apophyse mastoïde et des portions de l'écaille occipitale. Le stylet enfoncé profondément entre la dure-mère et le fond osseux de la fosse postérieure du crâne montre que partout la face interne de l'os est rugueuse, de sorte qu'il faut renoncer à enlever toutes les parties malades. La température offrait d'assez fortes oscillations, semblant être en rapport avec le plus ou moins de pus fourni par les plaies qui gardaient bon aspect. Néanmoins, à la suite de l'opération, l'état général s'aggrava : gémissements, céphalée, vomissements, inappétence, lenteur du pouls, vertiges dans la station debout, rien au fond de l'oreille. Après des phases d'amélioration et d'exacerbation des phénomènes cérébraux, le malade fut pris, dans la nuit, d'un frissonnement intense avec abaissement de la température à 35,6 et 48 pulsations; chute sur le côté gauche. Peu après, la respiration s'arrêtait complètement tandis que le pouls restait énergique. A l'aide de la respiration artificielle, le médecin de garde eut encore le temps d'inciser la dure-mère de la fosse postérieure droite du crâne et d'évacuer une cuillerée de pus du cervelet avant que le malade succombât. A l'autopsie, abcès gros comme une noix avec vieille membrane pyogène dans l'hémisphère cérébelleux droit; sinus transverse oblitéré par un vieux caillot organisé ; os de la fosse postérieure du crâne rugueux, cariés et recouverts de pus ; une fistule les faisait communiquer avec la plaie cervicale. La perforation de la cavité mastoïdienne dans la fosse cranienne postérieure se trouvait dans le sinus du sillon veineux supérieur ; cicatrices tuberculeuses aux deux sommets pulmonaires.

8° Homme ayant eu, en juin 1894, une otite moyenne droite très douloureuse contre laquelle la paracentèse du tympan et la trépanation de l'apophyse mastoïde furent inefficaces ; variations considérables de la température ; douleurs surtout à la partie postérieure du crâne droit; sécrétion modérée de la plaie mastoïdienne ; incision d'une fusée purulente vers le pharynx. Opération au commencement d'octobre : agrandissement de l'ouverture mastoïdienne ; sinus normal ; ouverture de la fosse cranienne postérieure droite et évacuation du foyer purulent situé en dehors de la dure-mère. Guérison. J. B.

W. GORDON. A case of adult hydrocephalus : treatment by supratentorial and sub tentorial operations (*The Lancet, p. 94, 9 janv. 1897*).

Une fille de 17 ans entre à l'hôpital, le 28 décembre 1894, avec une cécité complète, une névrite optique double, de la céphalalgie, des vomissements. Les premiers symptômes ont apparu en mars et se sont progressivement aggravés. Quelques convulsions, limitées au bras droit, ont été notées durant les derniers jours. On ne trouve dans l'histoire de la malade ni traumatisme, ni lésion de l'oreille, ni syphilis, peut-être quelques antécédents tuberculeux.

La malade est bien développée ; elle est complètement aveugle, mais son langage est clair, son intelligence et sa mémoire sont normales ; la marche se fait sans difficulté; on trouve un point douloureux sur le côté gauche de la tête, entre l'oreille et l'occiput. Il existe de l'anosmie, de l'assoupissement, de la lenteur dans les réponses. On diagnostique une tumeur siégeant dans la portion antéro-inférieure du cervelet. Le traitement anti-syphilitique n'ayant amené aucune amélioration, Bankart trépane, le 1er janvier 1895, à 10 centimètres au-dessus du méat externe. La dure-mère fit saillie aussitôt, et après son incision, le cerveau bomba à un point tel que, pour éviter une hernie considérable, on ponctionna le ventricule latéral. 20 grammes de liquide clair

s'écoulèrent au dehors; les lambeaux de la dure-mère purent être suturés et la plaie guérit rapidement. Le 3 janvier, on note de l'amnésie avec une légère parésie du côté droit de la bouche et de la langue, qui disparut bientôt. Plus de vertige, plus de vomissement, mais la cécité persiste. Des troubles transitoires de parésies furent observés les jours suivants, dans les membres, les muscles de la face, des yeux. Puis le cerveau commença à se hernier, et le 20 janvier, pour éviter une rupture de la peau, on fit une ponction qui ramena 45 grammes de liquide; mais les accidents de parésie, d'hyperesthésie, de stupeur, d'inconscience, et le retour de la hernie déterminèrent à faire, le 12 février, un drainage du ventricule. L'effet immédiat fut excellent; le 25 février, le drainage fut suspendu, et dès le 28, la stupeur reparut. Le 1er mars, le drainage se rétablit spontanément, la stupeur disparut, pour reparaître au bout de quelques jours, la fistule s'étant fermée.

Le 21 mars, Harris trépane la fosse cérébelleuse gauche : le cervelet fit une saillie immédiate; des ponctions faites par la brèche osseuse ne ramenèrent pas de liquide et ne purent déceler la présence d'une tumeur. Guérison opératoire. Depuis cette 2e intervention, la stupeur n'a plus reparu.

Le 14 décembre, Gordon voit la malade; elle est très intelligente, son langage n'est nullement hésitant. La hernie est réduite. Il persiste des troubles de motilité et de sensibilité, quelques-uns fort marqués (les membres inférieurs sont trop faibles pour permettre la marche); mais la tumeur semble arrêtée dans son développement. P. MAUBRAC.

MARCOTTE. De l'hémicraniectomie temporaire (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur, après avoir dit quelques mots du procédé de Lannelongue, montre les difficultés de la réparation des pertes de substance de la voûte du crâne, puis il expose la technique de la résection temporaire, le procédé de Vagner et celui de Doyen qu'il étudie en détail. De nombreuses figures représentent l'instrumentation. L'auteur décrit les différents temps de l'opération de Doyen : 1° incision des parties molles; 2° taille du lambeau, avec l'instrumentation à main ou l'instrumentation électrique : il rejette l'emploi du trépan pour se servir d'une fraise arrondie; 3° mobilisation du lambeau; 4° manœuvres intracraniennes : il examine la conduite du chirurgien dans les tumeurs cérébrales, dans l'épilepsie jacksonienne, l'épilepsie essentielle, la cricocéphalie et l'idiotie; 5° fermeture de la plaie.

Puis l'auteur étudie les modifications du tracé du lambeau osseux quand le chirurgien se propose d'aborder l'extrémité antérieure du lobe frontal, l'étage moyen de la base et le ganglion de Gasser, l'apophyse mastoïde, le sinus latéral, le lobe occipital, la fosse cérébelleuse. Il étend ensuite l'application de l'instrumentation de Doyen à la chirurgie des membres, du rachis.

L'auteur rapporte 38 observations toutes dues à Doyen et pratiquées pour idiotie, épilepsie, tumeur. 9 opérés sont morts des suites de l'opération. VICTOR VEAU.

KOERTE. Vorstellung eines Falles von Rückenmarkverletzung durch Stich (*Berlin. klin. Woch., n° 36, p. 813, 7 sept. 1896*).

Jeune homme de 18 ans ayant reçu, le 25 janvier, un coup de couteau dans le dos. Au niveau de l'apophyse épineuse de la 4e vertèbre thoracique, à deux

travers de doigt à gauche de la ligne médiane, plaie transversale large de 1 centimètre, traversant les muscles et pénétrant dans la portion latérale du 5e arc vertébral gauche. Immédiatement après la blessure, paralysie complète de la motilité du membre inférieur gauche avec suppression des réflexes. Le membre inférieur droit présente une diminution de la sensibilité, surtout pour la température et en même temps de l'hyperalgésie. Au côté gauche du thorax, de la 6e à la 8e côte, bande anesthésique de la largeur de 2 doigts. Parésie vésicale. Pas de paralysie du sphincter anal. La plaie dorsale se cicatrisa après avoir été largement ouverte et tamponnée.

Peu à peu se montra une amélioration progressive des parties paralysées. Le blessé peut mouvoir sa jambe paralysée, mais la zone d'anesthésie thoracique persiste, ainsi que la diminution de sensibilité du membre inférieur droit, le 10 février.

J. B.

Crawford RENTON. Notes on four cases of sciatica (*The Scottish med. and surg. Journ., p. 35, janv. 1897*).

Un homme de 32 ans fait une chute sur la hanche gauche, suivie d'une douleur très vive qui persiste malgré le repos ; puis la douleur continue à s'accroître, durant 6 mois, malgré tous les traitements employés. La douleur était absente lorsque le malade était au repos, mais reparaissait à la moindre marche. Douglas élongea le sciatique et le libéra de quelques adhérences au niveau du bord inférieur de grand fessier. Le malade fut un peu soulagé, mais de la douleur persista dans la région fessière. Renton pratiqua une nouvelle élongation, détruisant quelques nouvelles adhérences qui remontaient jusqu'au ligament sciatique ; les branches poplitées interne et externe furent également libérées d'adhérences ; le malade guérit rapidement. 9 mois après, les douleurs n'avaient pas reparu.

Renton cite 3 autres cas semblables également opérés et guéris.

P. MAUBRAC.

ANGERER. Die Endresultate von Thiersch's Neurexäresen (*Berlin. klin. Woch., n° 23, p. 528, 8 juin 1896*).

Angerer rend compte de 25 cas de névralgie du trijumeau et d'un cas de névralgie du nerf de Willis, pour lesquels il a eu recours à l'arrachement du nerf, suivant la méthode de Thiersch. 7 fois sur les 26 il s'agissait de récidives. Chez 16 de ces malades, l'opération remonte à plus de quatre ans. Dans 3 cas, l'extraction du nerf a dû être réitérée ; un opéré a succombé à une affection intercurrente ; 3 ont une récidive ; 7 sont restés parfaitement guéris. Il est essentiel que l'opération soit pratiquée aussi lentement que possible, encore plus lentement que ne l'a indiqué Thiersch, car alors on peut extraire un tronçon nerveux ayant jusqu'à 20 centimètres de longueur.

Il est démontré pour Angerer que l'arrachement des nerfs de Thiersch donne des résultats meilleurs que leur excision et aussi bons que les plus vastes résections au niveau de leurs trous d'émergence. Angerer considère, en outre, comme nécessaire, à titre préventif, l'arrachement des branches non encore atteintes. Sur les 25 cas de névralgie du trijumeau, 4 fois seulement la névralgie était limitée à une branche du nerf. Lorsqu'il survient une récidive, malgré l'arrachement de toutes les branches, on est en droit de pratiquer l'opération intra-cranienne par le

procédé de Krause, qui n'a d'autre inconvénient que l'accumulation du sang précisément à l'endroit du champ opératoire le plus important.

J. B.

VOELCKER. Rupture of the inter ventricular septum (*The Lancet, p. 1757, 19 déc. 1896*).

Il s'agit d'un homme, qui, victime d'un écrasement, put néanmoins après l'accident faire quelques pas. Le lendemain on notait un pouls à 140, avec une impulsion cardiaque très visible, et un thrill systolique surtout marqué au sommet ; il y avait en outre un murmure systolique très intense, masquant les bruits du cœur, et perceptible à distance ; le moindre mouvement entraînait des palpitations et de la dyspnée. Mort le 8e jour. Autopsie : rupture transversale du septum interventriculaire, s'étendant jusqu'à la paroi du ventricule gauche; aucun autre organe interne n'avait été atteint. P. MAUBRAC.

BARACZ. Circulationstörungen..... (Troubles circulatoires du cerveau après ligature des artères vertébrales) (*Centralbl. für Chir., n° 24, 1896*).

Les phénomènes cérébraux qui suivent la ligature des carotides primitives ou internes sont mieux connus que ceux consécutifs à la ligature des vertébrales. L'auteur les a observés chez un malade, sur 4 opérés de cette manière pour épilepsie, suivant la méthode d'Alexander; il constate d'ailleurs les mauvais résultats de ce genre d'intervention.

Il s'agit d'un homme de 28 ans, épileptique depuis l'âge de 19 ans, avec crises fréquentes. La résection de l'artère vertébrale gauche est pratiquée e 20 décembre 1888 ; on enlève 1 centimètre de l'artère, qui est très épaisse (5mm de large). L'opération est suivie de ptosis; douleurs dans la nuque, les genoux et les orteils; le tout diminue, puis disparaît après 48 heures ; 14 jours après, résection de l'artère vertébrale droite. Immédiatement rétrécissement de la pupille droite; le soir, parésie du nerf facial gauche. 2 jours après, affaiblissement du membre supérieur droit, qui augmente les jours suivants, et s'accompagne, le cinquième jour, de parésie du membre inférieur droit. Cette parésie dura deux mois après l'opération. Baracz pense pouvoir expliquer ces accidents par une anomalie anatomique : les artères vertébrales devaient être plus volumineuses que les carotides, et, après leur ligature, une thrombose a dû se former sur une assez grande étendue, au niveau de l'hexagone de Willis, d'où les troubles de l'irrigation de la région corticale motrice.

Dans un cas sur deux, cette opération s'est accompagnée de résection du sympathique droit; il y a eu des troubles nerveux. Chez un homme de 38 ans, épileptique depuis 8 ans, les deux vertébrales sont liées et réséquées sur 2 cas, et le grand sympathique enlevé sur 7, avec les deux ganglions cervicaux inférieurs. Les deux pupilles sont rétrécies aussitôt après; deux jours après, salivation abondante, tuméfaction douloureuse de la moitié droite de la langue, rougeur de la joue et de l'oreille droites ; ces phénomènes allèrent en diminuant pendant deux semaines après l'opération. Les crises d'épilepsie furent plus violentes et plus nombreuses ultérieurement.

Au cours de cette opération, une branche du plexus brachial étant saisie dans une pince, le pouls s'accéléra aussitôt et monta à 160, pour retomber à 60 après ablation de la pince. L'auteur conclut que certains nerfs accélérateurs du cœur passent par le plexus brachial. ROBINEAU.

SONNENBURG. Demonstration eines traumatischen Aneurysma der Art. axillaris (*Berlin. klin. Woch., p. 681, 27 juill. 1896*).

Homme atteint d'arthrite blennorragique de l'épaule gauche, auquel on avait fait, pendant l'anesthésie, des tentatives répétées pour mobiliser la jointure. La dernière de ces tentatives provoqua une hémorragie péri-articulaire. 2 ou 3 semaines plus tard, sans nouveau motif, il se refit une hémorragie beaucoup plus considérable, à la suite de laquelle il y eut un gonflement de la totalité du bras ; l'épanchement sanguin s'étendait en outre par-dessous le pectoral, le long du thorax, et était aussi visible en arrière. Grâce à des bandages compressifs, une partie du gonflement rétrocéda. A la face interne de l'humérus, la tuméfaction est globuleuse ; de l'œdème dur descend jusqu'au dos de la main ; le pouls radial manque complètement, le bras est froid et sa sensibilité affaiblie. La tuméfaction globuleuse finit par devenir pulsatile.

Sonnenburg présente ensuite les pièces d'un fait analogue d'anévrisme traumatique de l'artère axillaire, consécutif à des tentatives de réduction de luxation de l'épaule. Le malade était si affaibli qu'il ne survécut pas longtemps à l'opération ; l'artère axillaire offrait un tout petit orifice admettant le bouton d'un stylet ; le sac sanguin, énorme, n'avait pas présenté de pulsations pendant la vie. Les veines, également déchirées, s'ouvraient aussi dans l'hématome.

J. B.

KAREWSKI. Angioma racemosum arteriale (*Berlin. klin. Woch., p. 679, 27 juill. 1896*).

Homme ayant en naissant un petit angiome à la main ; avec le cours des années, cette tumeur s'est transformée en un anévrisme racémiforme, colossal, remontant à mi-hauteur de l'humérus droit. Amputation du bras. Malgré la ligature de la sous-clavière, il fallut lier une à une chacune de ses branches collatérales. L'artère axillaire elle-même était dilatée en un anévrisme fusiforme que K. extirpa. Guérison.

Toutes les artères, en commençant par l'axillaire, sont énormément dilatées, surtout au-dessous de l'articulation du coude, notamment la cubitale qui présente 3 anévrismes sacciformes séparés par des intervalles, la dilatation est moindre, tout en restant énorme. Immédiatement au-dessus du poignet, l'anévrisme devient artérioso-veineux ; plus bas, l'artère et la veine se séparent, puis reforment un nouvel anévrisme artério-veineux. Toutes les veines, mais principalement la basilique, sont aussi considérablement dilatées, formant par places des cordons ayant presque l'épaisseur du pouce. Il y a également dilatation des vaisseaux et ganglions lymphatiques.

La veine céphalique est double. Au niveau des portions d'artères les plus dilatées, il s'est formé, comme pour les garantir, des arcades musculaires anormales et même, au niveau du dos de la main, une arcade tendineuse semblable. La totalité des muscles et des nerfs du membre est également envahie par les productions anévrismales. Le nerf cubital est métamorphosé en angiome à l'endroit où il entoure le poignet et, plus haut, ses vaisseaux sont très volumineux.

J. B.

MURPHY. Resection of arteries and veins injured in continuity, end-to-end suture, experimental and clinical researchs (*Med. Record, 16 janv. 1897*).

Se proposant de déterminer si une portion considérable d'une artère pouvait être réséquée ou lacérée et si la suture en était ensuite praticable, M. a institué sur des chiens et sur des moutons un grand nombre

d'expériences cherchant à reproduire dans les lésions expérimentales vasculaires, ce que l'on peut journellement rencontrer dans la pratique, lésions longitudinales ou verticales, section plus ou moins complète, plaie diffuse, etc. Les résultats de ces expériences consignées dans ce long travail qu'accompagnent 18 figures explicatives sont des plus divers : formations de thrombus, endartérite, hémorragies profuses entre les lèvres suturées des plaies vasculaires, abcès, occlusion générale des vaisseaux, péritonites hémorragiques et aussi parfois résultats à peu près satisfaisants.

Dans deux cas de pathologie humaine, M. a eu l'occasion de pratiquer des sutures vasculaires. Le premier est relatif à un homme de 33 ans ayant reçu dans le triangle de Scarpa gauche une balle de revolver. La saphène interne et la veine fémorale lésées furent suturées à la soie ; l'artère fémorale paraissait intacte. Au bout de peu de jours, formation d'un volumineux abcès que l'on incise. On trouve alors l'artère fémorale érodée et perforée en plusieurs points ; soigneusement disséquée, elle est ensuite réséquée sur une largeur de un centimètre, puis les deux bouts sont liés mais non suturés bout à bout. La guérison se fit sans complications. Il n'est pas dit, dans l'observation, comment furent trouvés lors de la réouverture les veines suturées. Le second fait concerne un homme de 39 ans également blessé par une balle ayant produit une plaie pénétrante de l'artère fémorale gauche, juste au-dessous du ligament de Poupart. L'artère fémorale fut trouvée perforée de part en part et la veine fémorale lacérée juste au-dessus de la naissance de la veine profonde. Trois centimètres de l'artère fémorale furent réséqués, puis on fit la suture bout à bout, la plaie veineuse fut aussi suturée. Durée de l'opération : 2 heures et demie, le temps le plus long ayant été exigé pour la suture veineuse. Les résultats furent excellents : 4 jours après l'intervention, on percevait les battements de la pédieuse, sans œdème ni douleurs dans le membre inférieur gauche. CART.

L. LANCIAL. Phlébite faciale et phlébite ophtalmique guérie par la section hâtive au thermocautère de la veine faciale et des tissus sous-orbitaires (*Médecine moderne, 24 oct. 1896*).

Jeune homme de 19 ans, présentant un anthrax de la lèvre supérieure. Le malade ayant été vu dès le début de l'affection, aussitôt que l'on a constaté un léger œdème des paupières et un peu de chémosis, on a sectionné, au thermocautère, la veine faciale à l'angle interne de l'œil et toutes les parties molles jusqu'à la région osseuse sous-orbitaire. Bien que la veine ophtalmique fut déjà envahie, la phlébite a été ainsi réduite à son maximum de virulence, la circulation veineuse, voie suivie par les micro-organismes, ayant été supprimée, et le malade a guéri. OZENNE.

B. AUCHÉ et G. CARRIÈRE. Contribution à l'étude des abcès froids de la langue (*Journal méd. Bordeaux, 27 sept. 1896*).

L'intérêt de cette observation réside dans l'examen de lésions tuberculeuses de la langue recueillies sur un homme de 27 ans, dont les ganglions sous-maxillaires et les sommets des poumons étaient également atteints. Les lésions linguales consistaient en follicules tuberculeux agglomérés ou isolés et en trois abcès, dont l'un ne communiquait pas avec l'intérieur.

Dans cet abcès on a trouvé des globules de pus, des cellules épithélioïdes, des cellules typiques géantes et entre ces éléments un réticulum très fin, sans

cellules éosinophiles, ni mastzellen, ni plasmazellen. La paroi de l'abcès était formée par une couche externe composée de cellules fixes du tissu conjonctif, de leucocytes mononucléés et polynucléés, de nombreux plasmazellen et de rares mastzellen, et par une couche interne de cellules épithélioïdes avec quelques plasmazellen. Quelques bacilles se voyaient dans le contenu de l'abcès. Les lésions histologiques des abcès ouverts différaient peu de ces dernières.

OZENNE.

LE NADAN. Contribution à l'étude des gommes tuberculeuses de la langue (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

Affection en somme assez rare, puisque l'auteur n'en a réuni que 18 observations. Leur pathogénie est celle de toutes les tuberculoses locales. Primitives, les gommes sont le résultat d'une inoculation par des microbes venant de l'extérieur. Secondaires, elles peuvent se produire par voie sanguine (un traumatisme dirigeant vers la langue le courant microbien), ou plus souvent résulter de l'infection d'une ulcération simple par les microbes des crachats. Elles siègent de préférence sur le dos de la langue.

Le début de l'affection est insidieux, les signes fonctionnels nuls dans l'immense majorité des cas et la marche souvent assez lente et indolente. La terminaison habituelle est l'ulcération.

Le diagnostic presque toujours difficile sera aidé par la coexistence fréquente, sur la langue, d'autres formes de tuberculose (ulcérations par exemple). La ponction aspiratrice et l'inoculation au cobaye léveront les doutes.

Quant au traitement, il doit être chirurgical et consiste dans la dissection de la poche purulente ou un curetage minutieux et l'abrasion des parois.

DONNADIEU.

BAUMGÄRTNER. Ueber die wahre Ankylose..... (Ankylose vraie de la mâchoire et son traitement opératoire) (*Beitr. z. klin. Chir., XVII, 1*).

A la clinique de Kraske, deux cas de cette affection ont été opérés :

Le premier concerne une jeune fille de 24 ans, présentant une ankylose complète de la mâchoire, survenue progressivement à la suite d'une otite droite suppurée avec abcès mastoïdien à l'âge de 7 ans; déjà à 16 ou 17 ans, tout mouvement était impossible. Les molaires sont fortement serrées; les incisives gauches font défaut; dentition défectueuse. Opération: deux incisions perpendiculaires libèrent le pavillon et conduisent sur l'articulation du côté droit; il y a ankylose osseuse nécessitant l'ablation au ciseau de tout le condyle; libération de l'apophyse coronoïde et de l'échancrure, qui sont unies à l'arcade zygomatique par une masse osseuse. L'ouverture de la mâchoire est portée à 3 centimètres. Tamponnement iodoformé. Cicatrisation en un mois. A ce moment, l'ouverture de la bouche est de 1 centimètre et demi; l'écarteur la porte à 2 centimètres et demi. Environ 5 ans après, l'écartement spontané est de 1 centimètre entre les premières molaires; la malade broie sans douleur la viande, la croûte de pain avec ses molaires gauches.

Le second cas est celui d'un garçon de 5 ans, né par le siège, chez lequel l'ankylose est venue peu à peu depuis l'âge de 6 mois; mâchoire presque immobile; l'ankylose paraît unilatérale droite; le menton est dévié de ce côté. Les mêmes incisions que plus haut montrèrent une fusion osseuse complète

entre le condyle, l'apophyse coronoïde et le crâne. Ce bloc osseux, de l'épaisseur du petit doigt, est réséqué à grand'peine à cause de la petitesse du champ opératoire; création d'une nouvelle cavité articulaire. La mâchoire se laisse ouvrir considérablement. Réunion secondaire. Au bout de trois semaines, l'enfant peut manger de gros morceaux de pain et de viande. Quelques semaines après, fistules purulentes, puis suppuration du conduit auditif; abcès multiples. Au bout de 2 ans et demi, nouvelle intervention qui conduit dans une cavité osseuse contenant un bulbe dentaire. Guérison définitive. Sous l'influence de cette suppuration, la mobilité de la mâchoire a diminué sans que l'on puisse constater d'ankylose osseuse; ce fait semble dû à la rétraction cicatricielle, et par suite est susceptible de s'améliorer.

En étudiant les causes de l'ankylose de la mâchoire, l'auteur insiste sur les traumatismes, spécialement les fractures et les suppurations de l'oreille moyenne. Pour diagnostiquer l'unilatéralité de la lésion ou, du moins, savoir quel est le côté le plus malade, il faut se baser sur les antécédents, la recherche d'anciennes cicatrices, l'examen de l'oreille, le développement inégal des deux moitiés de la mâchoire surtout; la persistance de quelques mouvements est incompatible avec la bilatéralité des lésions.

Le traitement de choix est la résection articulaire très large, par le procédé de König, modifié par Kraske. Il ne paraît pas utile de faire une interposition musculaire avec un faisceau du temporal, comme Helferich.

ROBINEAU.

Hugo STARCK. Die Tuberkulose des Unterkiefers (*Beitr. zur klin. Chir., XVII, 1*).

Les cas de tuberculose du bord alvéolaire de la mâchoire sont assez communs; ils sont consécutifs à la présence des bacilles tuberculeux dans les dents cariées, ou aux lésions tuberculeuses de la muqueuse. Il existe aussi, quoique bien plus rarement, une tuberculose du corps du maxillaire inférieur, et l'auteur rapporte d'abord trois exemples d'ostéite primitive, l'un du corps, les deux autres de la branche de la mâchoire. Plusieurs opérations ont été dirigées soit contre les fistules persistantes, soit contre l'extension de la tuberculose aux alvéoles, à la base du crâne, aux ganglions. Mort par généralisation de la tuberculose dans deux cas; guérison incomplète pour le troisième, Il a été impossible de déterminer la porte d'entrée du bacille dans aucun de ces cas. La marche chronique, le trismus, la suppuration et la présence de séquestres, sont les principaux signes observés; il faut noter la fréquence des complications, et la résistance de cette affection, même à un traitement radical.

Vient ensuite la relation de cinq cas d'ostéite tuberculeuse de la mâchoire, consécutive à la carie dentaire et à la périostite alvéolaire. L'affection peut être simplement inflammatoire, ou d'emblée tuberculeuse, et dans ce cas localisée généralement à une dent; il peut encore y avoir ulcération tuberculeuse de la gencive. Le diagnostic est difficile surtout avec le sarcome de la mâchoire (périostique ou central), avec l'actinomycose, avec l'ostéomyélite. Le pronostic doit être réservé à cause des complications et de la nécessité d'interventions successives. Aussi les grattages, ablations de séquestres, résections limitées doivent-ils être remplacés par une résection large, étendue jusqu'au tissu sain; cette résection doit

être précoce chez les jeunes malades ; chez les adultes elle sera employée après l'insuccès d'une première intervention. ROBINEAU.

Léon BÉRARD. Thérapeutique chirurgicale du goitre (*Thèse de Lyon, 1897*).

Véritable traité, très complet et très clair, des diverses opérations à opposer aux goîtres, de leur manuel, de leurs accidents et de leurs indications. Cette étude est précédée de la nomenclature des lésions avoisinantes, souvent fort graves, et dont la découverte, au cours de l'intervention, peut motiver telle ou telle modification opératoire. De ce nombre est l'aplatissement de la trachée, surtout son ramollissement. Dans les chapitres suivants, l'auteur reviendra sur ce sujet, et parlera des longues canules usitées surtout à Lyon pour conserver leur calibre à ces trachées ramollies. L'ablation totale du corps thyroïde est rejetée par tous ; il ne peut donc être question d'elle. En revanche, on trouve la description détaillée de la thyroïdectomie partielle, de l'énucléation massive, de l'énucléation intra-glandulaire et de l'exothyropexie. Cette dernière, à part la section des parties molles pré-thyroïdiennes, doit se faire avec les doigts, en contournant la glande par le milieu de son bord latéral ; on évite ainsi la déchirure des hiles vasculaires. Les autres interventions sectionnent toujours des veines. L'auteur insiste sur leur découverte et leur ligature préalable, car bien des cas de mort ont eu lieu par entrée de l'air dans les veines, publiés ou non. A la fin de l'opération, l'hémorragie, quelle qu'elle soit, doit être arrêtée par des fils, non par la compression, car celle-ci s'adresserait profondément à la trachée et pourrait amener des désordres respiratoires. Après énucléation, le faufilage profond de la poche, tel que le pratique Poncet, est le meilleur hémostatique de l'espace mort créé par l'ablation. La fièvre thyroïdienne n'a pas encore reçu d'interprétation suffisante. Elle est fréquente, très fréquente même, et l'auteur montre des tracés thermométriques avec 39°, 40°, alors que pas trace de suppuration n'avait paru. S'agit-il d'une intoxication par le suc thyroïdien ? Est-ce à cette même intoxication, alors suraiguë, qu'il faut attribuer la mort rapide de certains basedowiens traités chirurgicalement ?

Un chapitre est consacré au choix d'intervention suivant les cas. L'énucléation intraglandulaire semble la plus simple des méthodes ; elle l'est en effet quand nulle inflammation n'est venue modifier les parties avoisinant l'ilot malade ou le kyste intraglandulaire. Quant aux goîtres exophtalmiques, le chirurgien doit se montrer réservé et, après échec médical, recourir soit à l'énucléation, soit plutôt à l'exothyropexie. Mais les succès se comptent ici, on est moins heureux que dans les goîtres chirurgicaux vrais.

Près de cent pages sont consacrées à une étude anatomique très claire et très complète et le texte s'enrichit de quelques figures destinées à montrer les résultats opératoires. ARROU.

A. PONCET. Énucléation massive des goîtres (*Bull. Acad. méd., 27 oct. 1896*).

Cette opération s'applique à certaines tumeurs thyroïdiennes bénignes qui ne sont justiciables ni de la thyroïdectomie, ni de la strumectomie ou

énucléation intra-glandulaire, ni de l'exothyropexie. Il s'agit: 1° soit d'un kyste volumineux développé dans l'un des lobes ayant refoulé le tissu thyroïdien de telle sorte que la poche ne fait qu'un avec la capsule; 2° soit de kystes nombreux, séparés ou non par quelques débris de tissu glandulaire et formant une masse unique.

Le goître est largement mis à nu, puis dénudé et luxé entre les lèvres de la plaie. Quand on s'est rendu compte qu'on ne peut trouver un plan de clivage permettant la strumectomie, il faut séparer le goître du lobe médian (incision sans crainte de l'hémorragie), puis le détacher progressivement avec la main en manœuvrant soit dans la couche celluleuse extra-capsulaire, soit par moments au-dessous d'une couche thyroïdienne, naturellement doublée de la capsule propre. (Le tissu glandulaire se trouve surtout au voisinage des artères thyroïdiennes supérieures).

L'hémorragie peut être considérée comme insignifiante, car les vaisseaux se sont atrophiés en même temps que le tissu thyroïdien et les ligatures ne sont pas nécessaires.

L'opération a la bénignité de la strumectomie. Le seul danger, après cette ablation en bloc des goîtres, qui laisse une large loge cavitaire saignant plus ou moins en nappe, est l'hémorragie dans les premières heures qui suivent le pansement.

De nombreuses artérioles et veinules ont été déchirées, dilacérées. Pour éviter cette hémorragie, il faut suturer, face à face, très exactement les surfaces saignantes par une suture au catgut en surget et supprimer ainsi toute cavité. L'hémostase ainsi faite permet de rechercher par une suture intra-dermique le minimum de cicatrice visible. LEFLAIVE.

JABOULAY. La section du sympathique cervical dans les goîtres et la maladie de Basedow (*Lyon méd.*, *7 fév. 1897*).

J. publie trois nouveaux cas heureux de résection du sympathique : 1° femme de 30 ans, maladie de Basedow depuis 3 ans, guérie en quelques jours; 2° femme de 64 ans ayant un gros goître, de la tachycardie, du tremblement, qui cédèrent immédiatement; 3° femme de 42 ans, maladie de Basedow sans goître avec arythme cardiaque.

J. croit cette opération la méthode de choix pour le goître exophtalmique; elle est facile, inoffensive, n'est suivie d'aucun trouble trophique. L'influence que cette section a sur la dimension du corps thyroïde donne à penser qu'à elle seule elle peut amener la guérison du goître ou restreindre le volume pour faciliter une opération radicale. A. CARTAZ.

I. — ABADIE. Pathogénie et traitement du goître exophtalmique (*Presse méd.*, *3 mars 1897*).

II. — JABOULAY. A propos de la pathogénie du goître exophtalmique (*Lyon méd.*, *14 mars 1897*).

I. — Dans ce travail, A. développe la théorie qu'il avait présentée au Congrès de chirurgie (voy. *R. S. M.*, XLIX, 220) d'après laquelle le goître exophtalmique est le résultat d'une excitation permanente des vaso-dilatateurs du cordon sympathique cervical. L'exophtalmie disparait,

après la section du sympathique, par suite du resserrement des vaisseaux.

II. — J. ne croit pas que la disparition de l'exorbitisme tienne à une modification de la vascularisation. Elle tient à la paralysie du muscle lisse orbitaire.

A. CARTAZ.

GILBERT et GRENET. Brûlure de l'œsophage par l'ammoniaque, expulsion de la muqueuse (*Soc. anat. Paris, 30 nov. 1896*).

Femme de 36 ans, qui absorbe 100 grammes d'ammoniaque. Les jours suivants, vomissements sanglants et bilieux, puis le 10e jour expulsion, dans un vomissement, d'un tube représentant la muqueuse œsophagienne, long de 14 centimètres. L'examen histologique montre que toute la muqueuse a été détachée. Amélioration graduelle des troubles gastriques ; mais les liquides seuls peuvent être déglutis. La malade quitte l'hôpital et a été perdue de vue.

A. CARTAZ.

I. — MARWEDEL. Zur Technik der Gastrotostomie (*Beitr. z. klin. Chir., XVII, 1*).

II. — HACKER. Sphincterbildung aus dem Musculus rectus..... (Formation d'un sphincter à l'aide d'un muscle droit dans la gastrostomie (*Ibid., XVII, 2*).

I. — L'auteur décrit un procédé nouveau de gastrostomie, dont le but principal est de créer une fistule oblique à travers la paroi stomacale, d'une façon plus méthodique que par le procédé de Fisher. Après incision de la paroi abdominale parallèlement au rebord costal, le péritoine pariétal est suturé à la peau ; l'estomac attiré au dehors est fixé à la plaie par des sutures au catgut ; on incise alors dans une étendue de 4 à 5 centimètres la séreuse et la musculeuse, dont l'épaisseur est notable. La muqueuse est alors perforée, juste au-dessus de l'angle inférieur de la plaie, et l'on introduit un petit tube de gomme, qui est fixé à l'orifice stomacal par une suture entortillée au catgut. Puis ce tube est couché obliquement le long de la plaie, de façon à aboutir à son angle inférieur ; par-dessus lui on suture les deux lèvres des couches musculeuse et séreuse. Après ablation du tube au bout de 5 à 6 jours, la paroi profonde (muqueuse) du canal s'accole à la superficielle (musculo-séreuse) et empêche l'issue des liquides. Pour l'alimentation on emploie une courte canule en métal à extrémité conique. L'auteur rapporte cinq observations de malades opérés par ce procédé, avec succès, à la clinique de Czerny.

II. — Hacker compare les gastrostomies qu'il a faites avec sphincter du muscle droit (au nombre de 25) et celles où il a combiné cette méthode avec celle de Witzel (13 cas) ; il expose la technique assez compliquée de ce dernier procédé qui lui a donné 2 morts par péritonite. Son procédé personnel ne lui ayant donné que des succès, étant d'une exécution rapide et facile, et assurant l'occlusion complète de la fistule, il le recommande chez les sujets jeunes et musclés et surtout pour les gastrostomies temporaires. La gastrostomie par les procédés combinés de Hacker et Witzel donne une occlusion idéale de la fistule et est applicable surtout quand on cherche à obtenir une fistule permanente.

ROBINEAU.

LAUENSTEIN. Erfahrungen aus dem Gebiete der Magenchirurgie (De la chirurgie de l'estomac) (*Deutsche Zeitschr. für Chir.*, *XLIV*, *3 et 4*, *p. 241-270*).

Dans ce travail, l'auteur rend compte d'observations personnelles (gastro-entérostomies et pylorectomies), faites soit pour cancer, soit pour ulcère simple de l'estomac. Sur 18 pylorectomies, il a compté jusqu'à 12 morts, dues toujours à la péritonite, survenant à la suite d'insuffisance des sutures, qui ont lâché au bout de quelques jours, mais dues aussi parfois au choc traumatique et à la péritonite opératoire.

Sur 21 gastro-entérostomies, l'auteur a enregistré seulement 7 cas de mort, attribuables une fois à des phénomènes d'iléus, une fois à l'inanition, une fois à un abcès putride du poumon, une fois à la péritonite et une fois à une fistule gastrique.

L'auteur se déclare partisan fervent de la gastro-entérostomie. Dans la pylorectomie, l'extirpation de la tumeur est incomplète et la récidive inévitable. De même, dans les cas de rétrécissement cicatriciel du pylore, la péritonite secondaire est très fréquente. La gastro-entérostomie doit être préférée. L'auteur conseille de n'avoir recours à la pylorectomie que dans les cas où le néoplasme est encore à son début. MARCEL BAUDOUIN.

FRANKE. Zur Technik der Hepatopexie (*Centralbl. f. Chir.*, *n° 32*, *1896*).

L'auteur rapporte deux observations d'hépatopexie et indique les modifications de technique apportées à cette opération. Le foie étant découvert par une incision parallèle aux côtes, est remis à sa place et fixé par 8 à 9 fils de gros catgut traversant le foie à 1 cm 1/2 de son bord, et comprenant le péritoine et une partie des muscles. Dans la région de la vésicule biliaire, un fragment de gaze est étalé entre le foie et le diaphragme; la plaie est incomplètement fermée pour laisser sortir cette gaze. On retire celle-ci le 8e jour. Par sa présence, elle détermine la formation d'adhérences étendues avec le diaphragme, enfin contribue considérablement à maintenir le foie en place. ROBINEAU.

BRUNS. Leberresektion..... (Résection hépatique pour kyste kydatique multiloculaire) (*Beiträge zur klin. Chir.*, *XVII*, *1*).

Bruns a pratiqué la laparotomie chez une jeune fille de 21 ans, qui portait une tumeur dure dans le côté droit du foie depuis six mois, et dont le diagnostic était hésitant. La vésicule biliaire adhérente fut isolée aux ciseaux, puis la tumeur enlevée au bistouri en tranchant dans le tissu hépatique, elle avait le volume d'un poing. Hémostase par ligature de deux artérioles et compression. Les deux parois de la plaie hépatique furent accolées par des sutures profondes au catgut; sutures superficielles, puis fixation de la vésicule au foie, guérison complète en trois semaines. La tumeur était constituée par un grand nombre de kystes très petits, tassés autour d'un kyste central gros comme une petite pomme; à la périphérie, de tout petits kystes se perdent dans le tissu hépatique normal; la paroi des kystes est d'épaisseur variable, le contenu colloïde ou glaireux. L'examen microscopique confirma le diagnostic de kyste hydatique multiloculaire.

C'est la première fois que, de parti pris, un semblable kyste est extirpé du foie. Les interventions radicales ont toujours porté sur des

kystes uniloculaires. Cependant, dans un cas semblable, Terrillon mit une ligature élastique à la base de la tumeur, fixa le tout en dehors de l'abdomen, et la gangrène étant survenue, enleva ultérieurement la tumeur.

ROBINEAU.

David GREIG. Complete extirpation of the Gallbladder (vésicule biliaire) with removal of part of the liver (foie) (*The Scottish med. and surg. Journ., p. 37, janv. 1897*).

Au cours d'une opération, entreprise dans le but d'extirper la vésicule biliaire calculeuse, chez une femme de 39 ans, on trouva la vésicule recouverte en partie par une lame de substance hépatique, qui descendait très bas; ce tissu hépatique était dense, blanchâtre, cicatriciel; un fragment de $0^m,05$ sur $0^m,08$ fut excisé; l'hémorragie put être aisément arrêtée à l'aide de sutures au catgut, pratiquées dans la portion saine du foie et distantes l'une de l'autre de 2 centimètres et demi environ; la capsule de Glisson empêcha les sutures de couper la substance hépatique. Guérison.

P. MAUBRAC.

Byrom BRAMWELL. A case of enormous primary sarcoma of the liver : aspiration, necropsy (*The Lancet, p. 170, 16 janv. 1897*).

Une femme de 25 ans entre à l'infirmerie, le 23 juin 1894, pâle, amaigrie, paraissant très gravement malade. Le côté droit du thorax, la région du foie paraissent plus développés que les régions semblables du côté gauche. Ce gonflement est surtout apparent, au niveau des 5e, 6e et 7e espaces intercostaux, sur la ligne axillaire. Un point est surtout douloureux, dans le 6e espace, en avant de la ligne axillaire. La pointe du cœur est déplacée en haut et à gauche; la matité hépatique est très augmentée. L'urine contient des urates et de l'acide urique en excès, mais pas de bile.

Le 25 juin, on ponctionne au point douloureux, entre la 5e et la 6e côte; on aspire un liquide épais, noirâtre, semblable à de la pâte d'anchois. Le 26, une nouvelle ponction donne issue à 1,600 grammes de liquide semblable, constitué par des globules rouges, des globules blancs, des débris cellulaires et des cellules hépatiques dégénérées. La respiration, qui était très gênée, devint facile après la ponction, et la douleur disparut; amélioration immédiate de l'état général.

Le 1er juillet, le côté droit du thorax est de nouveau distendu; la douleur et la gêne respiratoire sont extrêmes; le patient, très pâle, très affaibli. Bramwell pratique une incision au siège de la ponction et retire 1,500 grammes de liquide granuleux, rouge jaunâtre. Amélioration immédiate. Le 7, on constate qu'il s'est épanché dans le pansement une grande quantité de sang, mais le patient se trouve très soulagé. Le 9, l'hémorragie continue, et jusqu'au 17, on ne peut s'en rendre maître. Le 17 juillet, Cotterill suture les lèvres de l'incision et les recouvre de collodion. Les douleurs reparaissent et le 20 on est obligé de pratiquer une ponction qui ramène 600 grammes de liquide sanguinolent. Le 26, nouvelle ponction, et le 30 le malade, exsangue, succombe.

A l'autopsie ,on trouve un sarcome primitif du foie encapsulé occupant le lobe droit presque tout entier; la tumeur était constituée par une matière sans structure, rouge, granuleuse, friable, semblable à des caillots sanguins fragmentés.

Le sarcome primitif du foie est rare. Leith donne la biliographie de 25 cas, dont 6 concernant des tumeurs mélaniques, et 3 des lympho-sar-

comes plus ou moins diffus. Dans 22 cas, on a constaté des nodules nombreux disséminés. 3 fois seulement on a observé dans le lobe droit une masse volumineuse, en partie gélatineuse et en partie infiltrée de sang. P. MAUBRAC.

RUOTTE, Une intervention sur le foie, dans un cas d'angiocholite suraiguë (hépatostomie) (*Arch. prov. de chir., p. 702, nov. 1896*).

Femme de 50 ans. Ictère, depuis 2 à 3 mois, quand survient une douleur subite dans le flanc droit avec fièvre et formation d'une tumeur qui augmenta pendant 15 jours. La température atteint 40°,8. On diagnostique une collection purulente volumineuse dans le foie et les voies biliaires, survenue chez une femme atteinte de cirrhose hypertrophique ou d'obstruction biliaire. Incision passant par le point le plus saillant de la tumeur. Le péritoine paraît sain ; on l'incise dans toute l'étendue de la plèvre pariétale ; on met à jour une grosse tumeur bleuâtre, à parois lisses, fluctuante, que la main reconnaît être le foie augmenté de volume, sans qu'on puisse trouver la vésicule. Fixation de la membrane fibreuse à la paroi. Ponction dans l'organe hépatique sans résultat. La membrane du foie est alors incisée et une nouvelle ponction est faite profondément. De la bile suinte par les orifices de toutes les ponctions. Le tissu du foie, friable, laisse pénétrer le doigt. La bile suinte de toute part, sans pus. La plaie est bourrée de gaze iodoformée.

Pendant 3 ou 4 jours le pansement est imbibé de bile, qui force de le changer matin et soir. Au 7e jour, selle colorée ; au 15e jour, il n'y a plus de bile dans le pansement, et 1 mois après, la malade est méconnaissable. La plaie est fermée. La guérison se maintient parfaite 2 mois après. F. VERCHÈRE.

P. SENDLER. Zur Pathologie und Chirurgie des Pankreas (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XLIV, 3 et 4, p. 329-345*).

L'auteur rapporte 2 observations relatives à la chirurgie du pancréas :

1° Une femme de 54 ans se plaint de troubles stomacaux, de douleurs épigastriques et de vomissements. Cette malade avait maigri. A l'examen, les organes thoraciques étaient normaux ; à la palpation, on trouvait, au-dessus de l'ombilic, une tumeur dure, dont le volume et les dimensions pouvaient être déterminés avec précision. On diagnostiqua une douleur maligne de la paroi postérieure de l'estomac. En faisant la laparotomie, on trouva l'estomac et l'intestin sains ; dans la tête du pancréas, une tumeur dure, grisâtre. L'extirpation se fit facilement ; la plaie opératoire était guérie quelques jours après. La malade fut débarrassée de tous ses troubles. Il s'agissait d'une tumeur d'un ganglion lymphatique, d'origine tuberculeuse, situé près de la tête du pancréas.

2° Chez une femme de 26 ans, on observa aussi des douleurs d'estomac et de l'amaigrissement. A l'examen, on trouva une tumeur arrondie, irrégulière, à limites peu précises. A l'opération, on s'aperçut que le pancréas était pris en totalité, dur et tuméfié ; sa tête surtout était épaissie, ligneuse. On crut à une dégénérescence cancéreuse du pancréas ; le ventre fut simplement refermé. La plaie guérit rapidement. C'étaient, en réalité, simplement des lésions de pancréatite chronique. L'auteur conseille, quand on aborde le pancréas, par la voie transpéritonéale, d'éviter la blessure de la mésentérique supérieure. MARCEL BAUDOUIN.

Bland SUTTON. Wandering spleens (Rates mobiles) (*The Lancet, p. 174, 16 janv. 1897*).

La rate en se déplaçant a une tendance marquée à venir se loger dans le bassin où elle simule une tumeur : cette mobilité, de cause encore mal déterminée, s'observe surtout chez les femmes ayant eu une grossesse : le résultat de ce déplacement est un engorgement parfois énorme de l'organe, qui vient encore accroître la torsion et l'oblitération partielle de la veine splénique. Si la torsion du pédicule est portée à un degré plus élevé, l'artère est rétrécie, et la rate peut s'atrophier. Le pancréas est parfois compris dans le pédicule et déplacé, et c'est ainsi que dans un cas B. S. a lié le pancréas dans le pédicule d'une rate qu'il extirpait. L'estomac est lui aussi entraîné, il se dilate, le duodénum est tiraillé, et le canal cholédoque peut subir une traction telle que la bile est arrêtée et que l'ictère apparaît. On a observé dans ces conditions une rupture de l'estomac ou du duodénum, de l'obstruction intestinale, des ruptures ou des suppurations de la rate elle-même. Du côté des organes génitaux, on a observé, du fait de la présence de la rate dans le bassin, de la rétroversion aiguë, et même du prolapsus complet de l'utérus, du vagin, de la vessie : dans ces cas, on a cru avoir affaire à un myome utérin. De même, des tumeurs de l'ovaire ou de l'utérus, très mobiles, ont pu simuler des rates mobiles, et même au cours de l'opération, trompent les chirurgiens. (B. S. en cite un fait personnel.)

B. S. est partisan de la splenectomie pour la rate mobile : quant aux moyens de fixations (splénopexie), il n'y voit guère d'avantages, car il n'a jamais observé d'accidents du fait de la suppression de la rate.

Ballance a vu avec Cullingworth, un cas de rate déplacée dans le bassin : la rate fut extirpée, le patient guérit rapidement ; mais au bout de 10 jours il présenta des symptômes particuliers : fièvre, ralentissement du pouls, émaciation, anorexie complète, perte des forces, polyurie, tranchées abdominales, douleurs osseuses : en même temps, on constatait une grande augmentation des leucocytes. Ballance croit que les douleurs osseuses sont dues à ce fait que la moelle jaune retourne à l'état de moelle rouge, afin de suppléer les fonctions de la rate absente. Il rappelle qu'il a observé des accidents semblables chez d'autres malades, et il a avec succès employé le traitement par l'ingestion de moelle osseuse et de pulpe de rate. (*R. S. M.*, XLVIII, p. 642.)

Bland Sutton n'a observé chez aucun de ses malades les accidents décrits par Ballance. P. MAUBRAC.

E. PIARD. Des suppurations à distance dans l'appendicite (*Arch. de méd., sept.-oct.-nov. 1896*).

Dans le cours de l'appendicite, on peut observer des abcès à distance, occupant des sièges variés, tissu cellulaire iliaque, cavité péritonéale, paroi abdominale antérieure, foie, plèvre, poumons, voire divers organes : cerveau, parotide, rein, rate. Ces abcès se caractérisent par ce fait qu'ils n'affectent aucune contiguïté même lointaine avec l'appendicite et se différencient des abcès peri-appendiculaires à siège anormal, dus à une situation vicieuse de l'appendice. Ils sont l'expression d'une infection appen-

diculaire diffusée, soit par une contamination péritonéale, soit par le canal des organes vasculaires de l'appendice. Cliniquement, ils présentent toutes les transitions entre le processus inflammatoire local et la septicémie généralisée. H. L.

TERMETS et VANVERTS. De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite (*Gaz. des hôp.*, *9 mars 1897*).

Les auteurs appellent l'attention sur la localisation, dans certains cas d'appendicite, de la douleur à gauche; ils ont pu réunir 18 observations où ce signe était des plus nets. Quoique rare, cette forme doit donc être signalée. Cette localisation tient tantôt à une inversion des viscères, cas le plus rare, ou à un simple déplacement du cœcum et de l'appendice, tantôt au développement d'un abcès péri-appendiculaire né à droite et fixé à gauche ou au développement simultané d'une appendicite à droite et d'un abcès de la fosse iliaque gauche, enfin à une péritonite généralisée avec maximum à gauche. Les auteurs discutent la variété des symptômes suivant ces localisations et insistent sur la difficulté du diagnostic. A. CARTAZ.

Ch. MORTON. A case of hernia in which irreductibility was due to the presence of a mesenteric cyst (*The Lancet*, *p. 1678*, *12 déc. 1896*).

Un homme de 21 ans fut atteint, il y a 6 mois, à la suite d'une chute, d'une hernie inguino-scrotale droite. Actuellement la hernie a le volume d'une noix de coco; une partie seulement est réductible, mais il reste hors de l'abdomen une masse grosse comme une orange, en apparence indépendante du testicule. En opérant, Morton trouve à la partie supérieure du sac, une anse d'intestin dont la paroi est très épaissie, et adhérente à la paroi du sac; l'anse d'intestin ayant été libérée de ses adhérences, on trouve dans la portion du mésentère hernié un kyste, que l'on put inciser, vider et énucléer sans grande difficulté; on termine en pratiquant la cure radicale. Le liquide du kyste était visqueux et sanguinolent. PIERRE MAUBRAC.

BOGDANIK. Ueber die Behandlung..... (Traitement des hernies gangrénées) (*Centr. f. Chir.*, *n° 33*, *1896*).

Pour éviter l'infection du péritoine au cours des opérations pour hernie gangrénée, B. a eu l'idée d'employer le procédé suivant: En opérant une femme de 36 ans, ayant une hernie crurale étranglée depuis 6 jours, il fit l'ablation aux ciseaux de tous les tissus enflammés, y compris le sac herniaire, l'anse gangrénée et un fragment d'épiploon, ces derniers organes ayant été fixés par une pince au niveau de l'étranglement. La plaie, étant nette, fut désinfectée à l'acide phénique. Il fut alors possible de lever l'étranglement, d'attirer au dehors l'épiploon et l'intestin et de réséquer 8 centimètres de celui-ci avec un segment de mésentère; sutures de Lembert Czerny au catgut. Sutures de l'anneau herniaire et de la peau. Réunion par première intention. ROBINEAU.

KÖRTE. Ueber die Behandlung brandiger Brüche..... (*Berlin. klin. Woch., n° 35, p. 791, 31 août 1896*).

Du 10 juin 1891 au 31 décembre 1895, il a été pratiqué à l'hôpital d'Urban, 186 herniotomies. 41 fois l'intestin était plus ou moins gangréné : 21 de ces malades ont guéri et 20 sont morts. 28 fois la perforation était effectuée ou imminente : 9 de ces malades ont guéri et 19 sont morts ; les 13 autres fois, l'état de l'intestin au niveau du sillon de constriction était tel qu'on ne pouvait espérer une réparation ; tous ces malades ont néanmoins guéri, à l'exception d'une femme qui a succombé au choc traumatique deux heures après l'opération. 9 des guéris ont eu temporairement une fistule stercorale, tandis que les 3 autres se sont rétablis sans fistule, la suture ayant été faite de manière à recouvrir le sillon de constriction. La cause des décès parmi les 41 hernies gangrenées a été 13 fois une péritonite purulente préexistante, 4 fois une péritonite secondaire, 2 fois un collapsus simple et 1 fois une pneumonie après entérectomie secondaire. L'âge des opérés oscillait entre 14 ans 1/2 et 81 ans. Les 6 malades âgés de moins de 40 ans ont tous guéri, ainsi que l'opérée la plus vieille, une femme de 81 ans. 34 des malades étaient du sexe féminin sur les 41. Il se trouvait 32 hernies crurales (13 morts), 7 inguinales (6 morts) et 2 ombilicales (1 mort) ; c'est donc les hernies crurales qui ont fourni la mortalité la plus faible et les inguinales la plus considérable. 5 fois il s'agissait de hernies par pincement latéral, 5 fois d'entéro-épiplocèles, 2 fois de hernies de l'appendice vermiforme, 1 fois de hernie du même avec le cœcum. Le liquide herniaire était généralement très peu abondant, et 7 fois il manquait entièrement. 8 fois l'intestin s'était mortifié dans le cours des premières vingt-quatre heures. Les 13 malades chez lesquels la gangrène herniaire se compliquait de péritonite à l'entrée ont tous succombé ; des 28 autres, 21 ont survécu.

Sur les 3 opérations d'entérectomie primaire, une seule, où la péritonite préexistait, a été suivie de décès. Les deux entérorraphies pour perforation n'ont pas réussi à sauver les malades qui avaient déjà de la péritonite. 23 fois on créa un anus contre nature, ou bien celui-ci s'était fait spontanément. 14 de ces malades ont succombé, 12 par péritonite et 2 par collapsus et 9 seulement d'entre eux ont vécu plus de trois jours après l'opération. Quant aux 9 qui ont survécu à leur anus artificiel ou spontané, 7 ont guéri et 2 sont morts ultérieurement, l'un de péritonite, l'autre de pneumonie ; donc, en tout, il y a eu 7 guérisons parmi les 23 anus contre nature. 7 fois on fit l'entérectomie secondaire avec deux morts. Deux fois on appliqua l'entérotome et on fit ultérieurement l'obturation de la fistule ; ces deux malades ont guéri.

Quant aux 13 malades chez lesquels l'intestin avait l'aspect gangreneux au niveau du sillon sans qu'il y eut pourtant de solution de continuité des parois, Körte a pratiqué l'un ou l'autre des traitements suivants : chez 7, l'intestin, soigneusement nettoyé et recouvert de gaze iodoformée, fut réduit, en laissant ouverts le collet du sac et la plaie extérieure. Des adhérences se formèrent rapidement, la fistule s'ouvrit à l'extérieur et se referma spontanément ou très facilement chez 6 des malades, tandis que la septième est la femme qui est morte du choc opératoire. Chez les 6 autres, K. fit une suture par-dessus la partie d'intestin suspecte et la

recouvrit de gaze iodoformée avant de la réduire : 3 de ces malades ont guéri après avoir présenté une fistule stercorale et les 3 autres sans accident. J. B.

H. MENDY. De la valeur comparée de l'expectation armée et de la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur rapporte 289 observations empruntées presque exclusivement à la pratique militaire. Chez 35 blessés on est intervenu par laparotomie, 25 sont morts (71,4 0/0). On ne fit rien dans 254 cas, 76 blessés sont morts (29,9 0/0). L'auteur, après avoir étudié le mécanisme, les symptômes, le traitement des contusions abdominales, conclut qu'il n'existe pas de symptômes pathognomoniques de la perforation intestinale. L'hyperesthésie de la paroi, la sensibilité au toucher rectal paraissent devoir fournir des indications précieuses. La laparotomie n'est indiquée qu'en présence d'un ensemble de signes rationnels relevés par le chirurgien. Les statistiques complètes d'un même chirurgien démontrent que l'expectation et un traitement médical approprié donnent plus de guérisons qu'on ne l'admet généralement, même dans les cas graves qui sembleraient réclamer la laparotomie. Le traitement médical, toujours indispensable à instituer même dans les cas justiciables de la laparotomie et avant qu'on ne pratique l'opération, consiste dans la compression méthodique du ventre, le repos absolu, la diète de boissons et d'aliments, l'application d'une vessie de glace sur l'abdomen et l'usage des opiacés en pilules ou en injections. VICTOR VEAU.

HOUZÉ. De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse par perforation spontanée (*Thèse de Paris, 1896*).

La forme septique diffuse, sans pus, est une septicémie suraiguë à peu près au-dessus des ressources chirurgicales. Les autres formes, à grand abcès unique ou à poches multiples, sont suppurées, et certainement moins dangereuses. Le premier écueil consiste à ne pas les prendre pour de l'occlusion intestinale vraie, diagnostic souvent délicat ; la perforation fait disparaître la matité hépatique et s'accompagne bientôt de submatité hypogastrique. Dès l'accident reconnu, il faut intervenir, réglant le lieu de l'incision primitive sur ce qu'on sait des antécédents du malade (appendicite, ulcère stomacal, cholécystite, fièvre typhoïde).

La perforation sera ou suturée, ou tout au moins isolée. Puis on lavera très largement et on drainera le péritoine. Les mèches de gaze, seules ou associées à un gros drain central, assureront un écoulement parfait des liquides. Il faut avoir soin de drainer le bassin, car l'accumulation des liquides s'y fait avec facilité, et on ne songerait pas toujours à aller les y chercher. Reste la question de la parésie intestinale, consécutive à la fois à la maladie primitive et à la laparotomie. Les moyens médicaux doivent être employés aussitôt ; s'ils restent sans effet, on peut songer à l'entérostomie, mais ne s'y décider qu'en dernier ressort. ARROU.

R. CONDAMIN. Réflexions sur quelques cas de péritonite tuberculeuse traités par la laparotomie (*Arch. prov. de chir., p. 690, nov. 1896*).

Dans un fait de péritonite à forme adhésive, l'union du péritoine et des intestins était telle, qu'il fut impossible d'inciser la séreuse, de crainte d'ouvrir l'intestin. On referma la paroi et l'amélioration fut très notable. Dix mois plus tard, le ventre avait fort diminué et l'état général était très amélioré.

Dans une observation de péritonite à forme ascitique, où le péritoine était farci de tubercules, l'estomac, le duodénum, le côlon ne formaient qu'une masse unique, dans laquelle il était impossible de reconnaître chacun des organes et on dut se contenter de fermer la cavité abdominale, après évacuation de 6 à 7 litres de liquide. En 15 jours la transformation fut complète, les vomissements, incessants auparavant, avaient disparu dès le lendemain et 3 mois après on la revit engraissée notablement, avec bon appétit. La tumeur épigastrique ne se sent plus à la palpation. F. VERCHÈRE.

Lauder BRUNTON et BOWLBY. Perforating typhoid ulcer treated by operation and suture (*The Lancet, p. 312, 30 janv. 1897*).

Un homme de 37 ans entre à l'hôpital à la fin du second septenaire d'une fièvre typhoïde grave, compliquée d'hémorragie intestinale. 15 jours après il y eut une rechute, et au cours de la convalescence parurent subitement les signes d'une perforation intestinale. 18 heures après le commencement des douleurs on pratique la laparotomie ; en décollant des anses intestinales agglutinées avec l'épiploon, on évacue 1/4 de litre de liquide jaune, fécaloïde ; on découvre une perforation intestinale, de la grandeur d'un pois, occupant le centre d'une plaque de Peyer, sur le bord libre de l'intestin. Perpendiculairement à l'axe de l'intestin, en dehors de la plaque de Peyer, on applique 10 points de suture de Lembert ; la ligne de sutures a une longueur de 1 pouce et demi. Irrigation du péritoine à l'eau chaude ; durée de l'opération, 40 minutes : guérison sans incidents.

Herringham et *Bowlby* ont observé une fillette de 13 ans, qui, au 28e jour d'une fièvre typhoïde, alors que la convalescence était établie, présenta tous les symptômes d'une perforation intestinale ; la laparotomie fut pratiquée, on ne découvrit rien d'anormal, si ce n'est quelques scybales dans le côlon : guérison rapide. Ce cas donne peut-être l'explication de guérisons spontanées après perforation.

Goodall croit que certaines de ces guérisons spontanées concernent, non point des perforations de l'intestin, mais plutôt des faits de suppuration des ganglions mésentériques. P. MAUBRAC.

Jackson CLARKE. A case of excision... (Résection de la moitié supérieure du rectum pour cancer) (*The Lancet, p. 163, 16 janv. 1897*).

Un homme de 51 ans entre à l'hôpital, le 5 décembre 1895, pour un cancer ulcéré du rectum. Pour s'assurer que le néoplasme ne s'étend pas à la vessie, on fait, le 19 décembre, une laparotomie médiane, qui montre le cancer limité à l'intestin et sans adhérences ; on pratique aussitôt une colotomie inguinale gauche. L'intestin est incisé le 5e jour, une partie des matières s'échappe par l'anus artificiel, tandis que le reste des matières continue à s'éliminer par le rectum et l'anus. Le 18 janvier, après résection du coccyx et du bord gauche du sacrum jusqu'au 3e trou sacré, on extirpe la portion du rectum dans laquelle s'était développée la tumeur ; quelques temps après on oblitéra l'anus iliaque, et le patient quitta l'hôpital complètement guéri, avec un anus sacré

qu'il pouvait maintenir exactement fermé à l'aide d'un appareil. 6 mois après il reprit son métier de charpentier. 11 mois après l'opération, il était encore en parfaite santé. P. MAUBRAC.

H. ALLINGHAM. Resection of sigmoid flexure (*The Lancet, p. 315, 30 janv. 1897*)

Chez un homme de 64 ans, atteint de troubles intestinaux graves, A. pratiqua la laparotomie et trouva une tumeur cancéreuse oblitérant presque complètement l'anse sigmoïde. Après résection de l'anse cancéreuse, on sutura chacune des deux extrémités de l'intestin, et on mit en communication les portions de l'intestin à l'aide d'une anastomose latérale : guérison, qui persiste complète, 6 mois après l'opération. P. MAUBRAC.

QUÉNU. Étude clinique du cancer du rectum (*Revue de chir., n° 1, p. 3, 1897*).

Le début de l'affection, d'après l'auteur, pourrait être signalé pendant de longs mois par des hémorragies, des sensations anormales, des troubles de la défécation, soit, plus rarement, par des modifications de l'état général. Puis c'est à la période d'état que surviennent les pertes sanguines, glaireuses, hémorragiques et purulentes, accompagnées de douleurs et de troubles fonctionnels dus au rétrécissement. Les périodes de débâcle alternent avec celles de constipation. Elles sont fétides, mêlées de pus et de sang. L'amaigrissement, le dégoût des aliments, la dépression des forces et la cachexie sont dus, en grande partie, à l'infection secondaire par résorption des produits sécrétés ou mieux de l'ulcère cancéreux.

La période terminale est caractérisée par deux ordres de complications, les unes dues à l'extension de la tumeur localisée ou généralisée, les autres à l'auto-infection se faisant au niveau de l'ulcère (abcès péri-anorectaux en particulier). F. VERCHÈRE.

SIEUR. Des opérations pratiquées par la voie sacrée (*Arch. prov. de chir., V, n°s 6, 7, 8, 9, 10 et 11, 1896*).

De tous les procédés opératoires qui ont été conseillés, celui qui respecte le plus l'intégrité de la paroi pelvienne postérieure et des organes qui en émanent, c'est l'incision médiane et verticale, commençant à quelques centimètres au-dessous du coccyx pour se prolonger plus ou moins haut sur le sacrum. Dans tous les cas, la section osseuse devra s'arrêter au bord de la quatrième vertèbre sacrée. A moins d'indications spéciales, les fragments osseux seront conservés avec les lambeaux cutanés.

La voie sacrée est l'opération de choix pour aborder les affections néoplasiques ou les rétrécissements du rectum, compris entre la face supérieure des releveurs et la troisième vertèbre sacrée, et n'ayant pas contracté d'adhérences avec les organes voisins. Elle permet d'enlever la portion d'intestin malade et de suturer ses deux bouts. Elle laisse intacte la portion anosphinctérienne et permet d'éviter l'incontinence des matières fécales. Cette reconstitution complète du rectum et de ses fonctions est facilitée : 1° par la création d'un anus iliaque préliminaire, qui permet la désinfection préalable du rectum et s'oppose à l'infection de la suture

intestinale et de la plaie pelvienne ; 2° par le respect des insertions squelettiques du sphincter et des muscles releveurs ; 3° par le respect des 4e et 3e paires sacrées.

Si le néoplasme se propage vers la région anosphinctérienne, la voie sacrée peut faciliter l'ablation de la paroi intestinale malade, l'abaissement du bout supérieur de l'intestin et sa suture à la marge de l'anus, et enfin la reconstitution des sphincters par leur suture en arrière de l'intestin abaissé.

Pour avoir des chances de réussite, l'abaissement et, par conséquent, la libération du bout supérieur de l'intestin ne devra pas dépasser 5 à 8 centimètres. Si l'abaissement du bout supérieur à la marge de l'anus ou sa réunion au bout inférieur n'est pas possible, on établira un anus sacré. Afin d'éviter l'incontinence de cet anus, on ne suturera l'intestin qu'après lui avoir fait subir un mouvement de demi-torsion, suivant la méthode de Gersuny.

La méthode de Kraske est contre-indiquée dans les néoplasmes adhérents, occupant en bas la région anosphinctérienne et dépassant en haut les limites du rectum. Dans tous les cas, elle ne saurait avoir qu'un rôle palliatif, permettant, après la création d'un anus iliaque, la résection étendue des tissus envahis. La voie sacrée paraît être également la meilleure à suivre dans les cas d'imperforation congénitale du rectum avec ou sans abouchement dans les organes urinaires. Si l'anus est bien conformé, on devra tenter son utilisation en abouchant à sa partie supérieure l'ampoule rectale. Certaines fistules rectales haut situées et communiquant avec les organes génito-urinaires ou s'ouvrant à l'extérieur, sont également justiciables de la voie sacrée. L'hystérectomie sacrée est subordonnée aux mêmes indications opératoires générales que l'hystérectomie vaginale ou abdominale. Elle convient surtout dans des cas d'atrésie native ou acquise du vagin. Elle est discutable dans les cas de friabilité ou d'absence du col ou quand l'utérus est volumineux.

A moins de produire des délabrements considérables dans la paroi pelvienne postérieure, elle ne peut permettre l'ablation des utérus très volumineux, sans avoir recours au morcellement. Elle est à rejeter ou du moins elle ne saurait avoir qu'un rôle palliatif, quand l'utérus est complètement adhérent et quand les tissus voisins sont envahis.

La voie sacrée est inférieure à la voie abdominale dans le traitement des affections du coccyx. Elle est également inférieure, comme moyen de drainage, à la voie vaginale, dans les collections liquides du cul-de-sac de Douglas. Quant à l'opération proposée par Solodnikoff, elle ne saurait entrer dans la pratique.

La voie sacrée peut permettre chez l'homme d'aborder la face postérieure de la vessie et d'enlever les calculs qui s'y tiennent enkystés, mais seulement à défaut de la voie hypogastrique.

Elle peut permettre l'ouverture des uretères dans les cas de calculs enkystés à leur extrémité inférieure et l'abouchement de cette extrémité inférieure dans la vessie ou le rectum.

Elle permet d'aborder les vésicules séminales et à rendre possible leur résection. Elle paraît inférieure à la périnéotomie peur l'ouverture et le drainage des abcès de la prostate ; elle serait mieux indiquée dans la

résection des néoplasmes de cet organe. Le drainage pelvien convient surtout aux adénites pelviennes suppurées et aux abcès développés en dehors du péritoine. Il paraît inférieur au drainage abdominal dans les péritonites généralisées ou dans les abcès pelviens abdominaux volumineux, consécutifs à une inflammation de l'appendice. La voie sacrée peut être utile dans les affections développées en avant du sacrum et ayant une origine congénitale néoplasique ou inflammatoire. F. VERCHÈRE.

BAZY. De l'hydronéphrose et de son traitement par l'urétéro-pyélo-néostomie (*Bulletin méd., 21 oct. 1896*).

Cette opération a pour but de réaliser un nouvel abouchement de l'uretère dans le bassinet dans le cas d'hydronéphrose et de permettre de conserver ainsi un rein qui peut encore fonctionner.

Un homme de 40 ans était porteur d'une hydronéphrose contenant un litre de liquide hématique. Incision abdominale sur la ligne médiane ; on traverse l'épiploon et le mésentère et on évacue l'hydronéphrose par ponction, puis incision. L'uretère venait s'aboucher à la partie moyenne de la poche et la distension du bassinet l'aplatissait et empêchait l'écoulement de l'urine ; le rein était relativement sain.

L'uretère fut sectionné à la longueur voulue, puis fendu sur une étendue d'un centimètre ; incision de la paroi postéro-inférieure du bassinet et suture de l'extrémité de l'uretère en ce point.

Une sonde en caoutchouc rouge n° 12 est introduite dans l'uretère à une profondeur de 10 centimètres. On resèque une partie du bassinet et on le suture à la paroi, de façon à laisser juste le passage de la sonde. Fermeture de la paroi.

Suites fort simples. Le nouvel abouchement de l'uretère n'a fonctionné que quand la sonde a été retirée. Pas de retour de la tuméfaction rénale ; disparition des douleurs.

L'opération a été faite une seconde fois dans un cas d'anurie chez un calculeux hématurique. LEFLAIVE.

T. BOND et TUBBY. A case of extraperitoneal rupture of the bladder (vessie) suprapubic cystotomy : recovery (*The Lancet, p. 1678, 12 déc. 1896*).

Un homme de 63 ans, prostatique, était obligé depuis 8 ans de recourir à la sonde, surtout la nuit. Brusquement le cathétérisme devint plus difficile et le malade ne put plus se sonder. Un médecin passa un cathéter en argent, mais à ce moment le patient éprouva une très vive douleur, tandis que le cathéter engagé vraisemblablement dans une ancienne fausse route, déviait de la ligne médiane et pénétrait à une profondeur inaccoutumée ; en même temps, par l'urètre s'écoulait du sang en telle abondance, que lorsque le malade arriva à l'hôpital, il était en état de collapsus. La vessie était très distendue, remontant au-dessus de l'ombilic, et évidemment remplie de sang. On pratique la cystotomie, et la vessie débarrassée de son caillot, on trouve à la base de la vessie, sur le côté droit de la prostate, une déchirure admettant l'extrémité de deux doigts, et par laquelle du sang s'écoule constamment ; on tamponne la déchirure à la gaze iodoformée, et on suture la vessie à la paroi abdominale afin de laisser un libre passage à l'urine. Amélioration rapide ; le 7e jour, une sonde molle put être introduite par l'urètre, et on laissa se cicatriser la plaie

abdominale. Le patient est actuellement guéri et la difficulté d'uriner a disparu.

PIERRE MAUBRAC.

A. CUFF. A case of pathological rupture of the bladder : operation, recovery, (*The Lancet, p. 378, 6 fév. 1897*).

Un homme de 47 ans avait eu une blennorragie, il y a 15 ans; depuis, à la suite d'un rétrécissement de l'urètre, il a eu les plus grandes difficultés pour uriner. Chaque miction, de 80 à 100 grammes, nécessite des efforts extrêmes ; enfin, des poussées de cystite sont venues souvent compliquer son état.

Il y a 15 jours, voulant soulever une échelle pesante, il fit un violent effort et aussitôt sentit quelque chose se déchirer dans son abdomen. Mais cela le gêna très peu; il ne sait si, à ce moment, sa vessie était vide ou pleine ; la miction se fit sans plus de douleur qu'à l'état normal, mais le lendemain les douleurs étaient vives, en même temps apparaissaient des vomissements, des frissons, de la fièvre (41°,2), et dans l'hypogastre se développait une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic et s'étendant latéralement jusqu'au milieu du ligament de Poupart. Le cathéter ramène de la vessie de l'urine trouble, alcaline, en petite quantité. La tuméfaction abdominale siège entre l'extrémité du cathéter et la paroi abdominale, en avant et au-dessus de la vessie, et on porte le diagnostic de péricystite suppurée.

Au-dessus du pubis, Cuff fait une incision médiane de 5 centimètres ; il ouvre une cavité, ou plutôt une série de cavités contenant de l'urine sanguinolente. Une de ces cavités adhérait à la vessie et communiquait avec elle. A la partie supérieure de l'incision on ouvre une cavité qui contenait 90 grammes de pus fétide. Lavage et drainage de la région opératoire. La fièvre baisse aussitôt, l'état général s'améliore, et le patient guérit rapidement.

Très vraisemblablement, la vessie était à diverticules ; l'un d'eux, ramolli et ulcéré par les poussées successives de cystite, s'est rompu en dehors du péritoine. A noter qu'un abcès s'est formé, non pas au siège de la rupture, mais en un point plus proche de la cavité péritonéale, et par suite plus proche des intestins, qui peut-être ont joué un rôle dans la suppuration.

P. MAUBRAC.

I. — A. SOCIN. Ueber die Bedeutung der Kastration für die Behandlung der Prostatahypertrophie (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte, 1er sept. 1896*).

II. — E. KÖHL. Resection des Vas deferens bei Prostatahypertrophie (*Ibid. 1er oct. 1896*).

III. — E. BOTTINI. Die galvanocaustiche Diaerese zur Radicalbehandlung der Ischürie bei Hypertrophie der Prostata (*Archiv für klin. Chir., LIV, 1, p. 98-134, 1897*).

I. — Socin a pratiqué 8 fois la castration et 1 fois la résection des canaux déférents, sans en être satisfait. Le résultat de la castration a été entièrement négatif, sauf chez un malade où elle était devenue nécessaire 18 mois après la prostatectomie. En outre cette opération a eu un fâcheux effet sur le moral de 3 des vieillards, de même, d'ailleurs, que la résection des canaux déférents chez un autre.

Les renseignements reçus par Socin sur d'autres opérations faites en Suisse ne sont guère plus encourageants. Krœnlein a pratiqué une fois la castration, une fois la résection des déférents avec insuccès complet

Gelpke a fait deux fois la résection des canaux déférents. Chez l'un des malades le résultat a été nul ; chez l'autre il a été excellent au point de vue des troubles urinaires, mais l'opération a été suivie de troubles nerveux, affaiblissement de la mémoire, étourdissements, découragement, très lents à disparaître.

II. — Köhl relate un cas où la résection des canaux déférents a été très utile. J. B.

III. — Bottini a imaginé un traitement galvanocaustique de l'hypertrophie de la prostate, qui a donné des résultats concluants. Son procédé consiste à établir, au moyen de la galvanocaustique, une brèche dans la barrière formée par les lobes hypertrophiées de la prostate, en se servant de la voie urétrale. Un premier procédé est celui de la cautérisation large. On commence par évacuer la vessie ; puis on injecte une solution de cocaïne à 1 0/0 qu'on laisse dans l'urètre durant 5 minutes. On introduit ensuite l'instrument et l'on ferme le courant électrique. La durée de l'opération ne doit pas dépasser une minute. On continue, après l'opération, à évacuer régulièrement la vessie, au moyen d'une sonde de Nélaton. Une dizaine de jours après la cautérisation, l'eschare se détache et la miction spontanée s'établit.

Dans les cas d'hypertrophie volumineuse de la prostate avec formation d'un lobe médian, l'auteur préconise une incision galvanocaustique au moyen d'un cautère spécial. L'auteur recommande de faire des incisions multiples et peu profondes dans le tissu prostatique. Ce traitement est très efficace et les malades commencent à uriner immédiatement après l'intervention.

Bottini n'a jamais vu d'accident survenir à la suite de l'application de la galvanocaustique et il considère son procédé comme préférable à la castration et à l'administration de substance prostatique.

MARCEL BAUDOUIN.

Lucius HOTCHKISS. Cases of prostatectomy (*N.-York med. Journ.*, *p. 11*, *2 janv. 1897*).

Le premier malade, âgé de 67 ans, prostatique, se sondant depuis plusieurs années, se présente à l'hôpital avec une cystite aiguë ; le cathétérisme était parfois des plus difficiles, et dès que la cystite fut un peu améliorée, H. pratiqua une cystotomie sus-pubienne ; la prostate, très hypertrophiée dans chacun de ses lobes, est alors énucléée presque en entier à l'aide du doigt et de ciseaux ; opération longue, laborieuse, et qu'un aide facilita en repoussant la prostate à travers la paroi antérieure du rectum ; pendant l'énucléation, hémorragie abondante ; la vessie est bourrée de gaze, surtout au niveau de la cavité laissée par la prostate et un drainage est établi à travers la plaie sus-pubienne ; choc considérable, néanmoins le patient guérit assez vite. Le drain pubien ne put être enlevé qu'au bout d'un mois ; à ce moment, le patient pouvait émettre volontairement une petite quantité d'urine. Guérison complète en 3 mois ; le patient garde et émet son urine volontairement, sans plus recourir à la sonde.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 66 ans, plusieurs fois blennorragique, et qui depuis 10 ans se sonde occasionnellement. Depuis 3 semaines cependant, la miction spontanée est devenue impossible. L'urine est alcaline, chargée de pus et de mucus ; ténesme constant. Le 25 août, H. pratique une cystotomie périnéale, car la vessie est si peu dilatable, que c'est par le périnée

que la voie d'accès est la plus courte. Avec l'ongle, H. dénude et énuclée chacun des lobes latéraux de la prostate, et ensuite le lobe moyen; puis la vessie est drainée par le périnée; hémorragie modérée, choc presque nul. Les symptômes ont été aussitôt amendés, et, le 22 septembre, le patient quitte l'hôpital sans fistule, urinant seul, sans douleur; la cystite a disparu 3 mois après l'opération, le patient dit qu'il urine aussi bien que lorsque il était petit garçon.

Alexander ne voit pas d'avantages à n'utiliser que la voie périnéale. Dans sa méthode, la cystotomie sus-pubienne permet de procéder à l'énucléation complète de la prostate, qui seule met à l'abri de récidive. On doit s'appliquer à énucléer la prostate par la voie périnéale sans léser la muqueuse urétrale ou vésicale, ce qui évite les dangers d'infection et d'hémorragie. P. MAUBRAC.

F. RAMOND. Traitement des cystites tuberculeuses par les injections intra-vésicales d'air stérilisé (*Bulletin méd., 3 fév. 1897*).

R. évacue, par une sonde molle, la vessie, puis il pousse lentement 100 centimètres cubes d'air stérilisé par le passage sur l'ouate. On laisse s'échapper le gaz, puis on refoule à nouveau 250 à 300 centimètres cubes d'air dans les mêmes conditions en le laissant quelques minutes.

R. a obtenu de bons résultats dans 3 cas, il les attribue d'une part à l'action directe de l'air stérilisé, d'autre part à la distension de la vessie et du sphincter par cet air sous pression. A. C.

KUESTER. Ueber Resection der Harnblase und Verlagerung der Harnleiter (*Berlin. klin. Woch., n° 24, p. 548, 15 juin 1896*).

Les tumeurs vésicales entourant les orifices des uretères offrent des difficultés spéciales d'ablation; seul, Israel en a opéré 2.

Küster vient de pratiquer une résection de la vessie et un déplacement des uretères dans deux circonstances de ce genre.

Chez une femme qui avait un papillome vésical, de la grosseur d'une framboise, augmentant rapidement et bordant l'orifice de l'uretère, il a fait la taille hypogastrique, excisé la tumeur, dilaté l'uretère en entonnoir, à l'aide d'une incision, puis l'a suturé sur la muqueuse vésicale saine et a refermé enfin la vessie. Guérison par première intention et examen cystoscopique ne révélant plus rien d'anormal.

Chez l'autre malade, l'opération fut plus difficile. Chez cet homme, le palper révélait l'existence dans la vessie d'une tumeur grosse comme le poing, au sommet de laquelle débouchait l'uretère. Pour l'extirper, il fallut réséquer l'uretère sur une longueur de 2 centimètres 1/2, et ce canal était ainsi tellement raccourci qu'on ne put le fixer qu'au niveau du sommet de la vessie. Tamponnement; persistance d'une petite fistule. J. B.

LIEBLEIN. Zur Kasuistik der Harnröhrensteine (Étude critique des calculs urétraux et spécialement des calculs diverticulaires) (*Beiträge zur klin. Chir., XVII, 1*).

Il faut avant tout distinguer les calculs nés et développés dans l'urètre de ceux qui venus de la vessie, s'arrêtent et grossissent dans le canal. Les premiers, en nombre relativement petit (54 cas observés), font seuls l'objet de ce travail. Leur apparition reconnaît pour cause la stagnation

de l'urine due à un rétrécissement ou à un diverticule urétral ; les concrétions se forment souvent autour de grumeleaux de pus, de sang, de mucus, rarement autour d'un corps étranger venu de l'extérieur.

Les diverticules de l'urètre sont congénitaux ou acquis ; on connaît douze exemples des premiers ; leur orifice est près de la base du gland, et ils remontent le long de l'urètre, plus ou moins allongés. Leur existence est souvent méconnue pendant de longues années. Les calculs s'y forment d'autant plus aisément que l'orifice de communication est étroit ; dans deux cas, Grube en a compté 162 et 183. Les diverticules acquis sont généralement dûs à des kystes glandulaires, des kystes hématiques ou des abcès ouverts dans l'urètre ; ils peuvent être aussi causés par des kystes des glandes de Cooper, des rétrécissements serrés avec inflammation, d'où dilatation de l'urètre au-dessus. On les rencontre assez souvent, leur siège n'a rien de précis ; ils sont rarement le siège de calculs, puisque l'auteur n'en relève que huit exemples, auxquels il ajoute deux cas personnels. Les signes sont généralement peu accusés, la tumeur est ordinairement reconnue par l'exploration du périnée.

ROBINEAU.

E. SPENGLER. Ueber Fussgelenk und Fusswurze-Tuberculose (Tuberculose des os et des articulations du pied) (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XLIV, 1 et 2, p. 1-80*).

Ce travail est basé sur l'étude de 136 cas de tuberculose du pied. C'est entre dix et trente ans que la tuberculose du pied est la plus fréquente (49,6 0/0). Dans aucun des cas, les malades ne sont entrés à l'hôpital dès le début de leur affection. Comme cause occasionnelle, on a noté, dans la moitié des cas, un traumatisme local ; parmi les autres causes, on a signalé la grossesse, la puerpéralité et les maladies infectieuses. Au point de vue clinique, l'auteur distingue : 1° l'ostéite tuberculeuse primitive ; 2° la synovite tuberculeuse primitive de l'arthrite tuberculeuse.

Les os le plus souvent atteints sont les os du tarse, le 1er et 5e métatarsien. La synovite tuberculeuse se manifeste, d'abord par des douleurs vagues, plus tard par de la tuméfaction de la synoviale, des douleurs plus vives ; les mouvements deviennent de plus en plus difficiles ; l'épanchement synovial consécutif peut suppurer et s'ouvrir au dehors ; dans la moitié des cas, la synovite frappe l'articulation tibio-tarsienne. Dans l'arthrite tuberculeuse, on trouve les symptômes réunis de l'ostéite et de la synovite.

Au point de vue du traitement, l'auteur préconise l'intervention chirurgicale : évidements, arthrotomies, arthrectomies, excisions, résections, opération de Pirogoff et de Chopart, etc., qui ont donné 76,3 0/0 de guérisons et 18,2 0/0 d'insuccès.

MARCEL BAUDOUIN.

E.-F. ELIOT. Recurrent myxo-sarcoma of the scapula in a patient aged 72 years (*The Lancet, p. 1304, 7 nov. 1896*).

En septembre 1892, la malade, âgée de 72 ans, fut opérée d'un fibro-sarcome encapsulé, du volume d'une orange, situé dans la région scapulaire droite. Deux semaines après, la tumeur ayant récidivé, Eliot fit une nouvelle et large ablation. Depuis ce moment jusqu'au 1er mai 1896, la malade fut operée 12 fois.

Le 31 mai 1896, Eliot pratique l'opération plus radicale : il enlève à la fois la clavicule, l'omoplate et le membre supérieur : la malade, qui avait à ce moment 75 ans, s'est levée 7 jours après l'opération, et a rapidement guéri. Le 10 octobre 1896 on ne constatait pas de récidive. MAUBRAC.

DURET. Néoplasme congénital fibro-papillomateux de toute la plante du pied (*Méd. moderne, 4 novembre 1896*).

Jeune homme de 15 ans atteint d'un fibrome éléphantiasique occupant toute la plante et les bords du pied. La tumeur était dure, ligneuse, non douloureuse et datait de l'enfance. Veines variqueuses sur le dos du pied, la jambe et la cuisse; stalactites sur les os de la jambe. Le traitement a consisté dans l'abrasion, par blocs successifs, de toutes les parties saillantes de la masse et dans l'application de greffe de Thiersch. Guérison persistante depuis 2 ans.

OZENNE.

BRON. Des kystes hydatiques du fémur (*Thèse de Paris, 1896*).

B. a recueilli 10 observations et il conclut que les kystes hydatiques du fémur sont exceptionnels, ils siègent de préférence dans les épiphyses, leur marche est lente, progressive, envahissante, ils déterminent fréquemment des douleurs. La tuméfaction et la fracture spontanée sont les deux signes sérieux de l'affection qui ne peut être affirmée qu'après ponction. Le pronostic en est grave, car il n'y a pas d'exemples de guérison spontanée. Le seul traitement sera un évidement ou une résection dans le cas où le mal est limité, l'amputation est possible quand le mal a pris des proportions plus grandes et siège à l'extrémité supérieure. La désarticulation de la hanche a été quelquefois nécessaire.

VICTOR VEAU.

BOISSEAU DU ROCHER. Du traitement des tuberculoses osseuses et de l'ostéomyélite chronique par le brome et ses dérivés, obtenus par voie d'électrolyse (*Arch. de méd., sept. 1896*).

L'auteur emploie une solution de bromure de sodium, dont la décomposition se fait dans les tissus au moyen d'une électrode de platine; le courant électrique décompose la solution en ses éléments, oxygène, hydrogène, brome, soude; le brome se trouve en partie à l'état gazeux, et son dérivé, à l'état naissant, acide bromhydrique, ainsi que les composés oxygénés instables, sont des désinfectants de premier ordre. Il injecte soit dans les tissus malades, soit dans les cavités qui suppurent, préalablement ouvertes, soit dans les cavités osseuses, une solution de bromure de sodium au moyen d'un trocart de platine sur lequel se fixe une seringue; le trocart joue le rôle d'électrode et est relié au pôle positif d'une batterie à courant continu; le pôle négatif consiste en une large plaque mouillée, mise au voisinage. Le titre des solutions varie de 1/20 à 1/10. L'intensité du courant est de 25 à 30 milliampères.

Il apporte à l'appui de son opinion une série d'observations recueillies dans le service de Duplay, qui prouvent l'amélioration rapide, puis la guérison des lésions tuberculeuses, ganglionnaires ou osseuses. H. L.

STETTINER. Statistique d'ostéomyélites (*Berlin. klin. Woch., n° 32, p. 726, 10 août 1896*).

Statistique embrassant les 196 cas d'ostéomyélite traités dans le service de Hahn, du 1er janvier 1880 au 1er juillet 1895, à l'exception des ostéomyélites du maxillaire inférieur, des os courts et plats et de celles de l'extrémité supérieure du fémur compliquées de coxalgie. La mortalité d'ensemble a été de 11,76 0/0. Sur les 196 cas, 99 admis pendant la période aiguë de l'affection ont fourni 54 guérisons, 22 améliorations, 2 non-améliorations et 21 décès. La mortalité varie beaucoup suivant les années et il semble que, comme les autres maladies infectieuses, l'ostéomyélite offre un génie épidémique tantôt bénin, tantôt grave.

La plupart des malades qui ont succombé avaient déjà des foyers purulents multiples à leur entrée à l'hôpital. Les cas dans lesquels il y a formation d'abcès métastatiques dans les parties molles sont d'un pronostic très fâcheux. La majorité de ces cas (78 avec 11 décès, soit une mortalité de 14,1 0/0) fut traitée par simple ouverture de l'abcès à l'aide d'une vaste incision des parties molles jusqu'à l'os ; la minorité (20 avec 10 décès, soit une mortalité de 50 0/0) à l'aide, en outre, de la trépanation immédiate ou dans les 48 heures de l'os et du curetage de sa cavité médullaire. St. pose ainsi les indications du trépan dans l'ostéomyélite aiguë des os longs :

1° Avant la formation de l'abcès sous-périosté, en cas de symptômes généraux graves ;

2° Après sa formation, si une incision suffisante des parties molles ne permet pas de constater d'amélioration dans les 24 heures.

Deux complications méritent mention :

1° Les phlegmons des parties molles environnant les os malades, à l'occasion desquels il y a avantage à recourir aux bains permanents ;

2° L'envahissement des articulations voisines, sur lesquelles, suivant la gravité du cas, on pratiquera la ponction avec lavages consécutifs, le drainage ou la résection. 4 des malades de Hahn ont dû être amputés et 2 sur les 4 sont morts.

Chez la moitié des malades auxquels on a fait la trépanation primitive, il est indispensable de réintervenir pour enlever des séquestres. L'époque convenable pour la séquestrotomie est dès que le séquestre est devenu mobile (huit mois en moyenne). Plus on attend pour faire la séquestrotomie, plus l'opération peut présenter de difficultés. Beaucoup de malades se traînent pendant des dizaines d'années avec des fistules, La dégénération amyloïde est le stade final de l'affection ; Hahn l'a observée dans 20 0/0 des cas d'ostéomyélite. J. B.

Edward MARTIN. Ambulant treatment of fractures of the legs (jambes) (*Med. News, p. 123, 23 janv. 1897*).

Ce traitement a été employé par Martin dans 30 cas, et avec de bons résultats presque toujours. On peut reprocher à cette méthode qui consiste à immobiliser les fragments dans un appareil plâtré et à reporter le point d'appui du corps sur les tubérosités du tibia, immédiatement au-

dessous de l'articulation du genou, d'envelopper le membre complètement, et de rendre le massage impossible. Ce traitement est inapplicable lorsqu'il existe de la tuméfaction, ou que l'on ne peut prendre pour une cause quelconque, malformations, etc., un point d'appui sur les tubérosités du tibia. Dès le second jour la marche est possible avec un aide, et au bout d'une semaine le blessé marche sans canne et sans appui.

P. MAUBRAC.

FÉVRIER. Traitement des fractures de la clavicule à grand déplacement (*Méd. moderne, 4 nov. 1896*).

Pour remédier aux inconvénients qui résultent de la difformité observée dans les fractures de la clavicule à grand déplacement, il faut pratiquer la suture osseuse. Faite immédiatement, elle donne de bons résultats et est inoffensive, tandis que, plus tard, elle est plus difficile et plus infidèle dans ses résultats. L'auteur en rapporte trois nouvelles observations, dans lesquelles les troubles nerveux (parésie des muscles innervés par le musculo-cutané, le radial et le cutané) ont disparu complètement chez 2 sujets opérés de bonne heure, et en partie chez un troisième dont la fracture était ancienne. OZENNE.

OPHTALMOLOGIE.

CRZELLITZER. Die Tscherning'sche Accommodationstheorie (*Graefe's Archiv, XLII, 4*).

Le parcours d'accommodation est moindre pour les rayons périphériques que pour les centraux ; d'où il ressort que les surfaces de la lentille accommodée sont plus réfrangibles au milieu que sur les bords. Cette propriété de réfracter moins sur les bords est remplie par toutes les surfaces aplaties sur les bords, tels que les hyperboloïdes de rotation, par exemple. Les images réfléchies sur la lentille accommodée démontrent que celle-ci est aplatie sur les bords, de telle sorte que sa forme se rapproche d'un hyperboloïde. Une traction sur la zonule n'aplatit pas la lentille en entier, mais fait varier les surfaces précédemment sphériques, de telle sorte qu'au centre la courbure augmente, tandis qu'elle diminue à la périphérie. D'où il paraît probable que, pendant l'accommodation, il se produit une traction au niveau de la zonule, qui transforme les surfaces sphériques du cristallin en hyperboliques. ROHMER.

DREYER-DUFER. La mensuration du strabisme (*Thèse de Paris, 1897*).

Il résulte de la discussion qui a eu lieu en juillet dernier au Congrès de Carlisle qu'il y a encore du chemin à faire pour obtenir dans la cure du strabisme une précision mathématique. La mensuration exacte du stra-

bisme a cependant une grande importance, car elle permet d'étudier l'effet des divers procédés, de les comparer ensemble et d'en déduire, faits à l'appui, celui auquel il faut s'adresser pour avoir le résultat le meilleur avant l'opération : voilà son rôle. Dans les quelques jours qui suivront celle-ci, elle donnera toutes les indications nécessaires pour le plus ou moins de fréquence des instillations du mydriatique et elle montrera la rapidité avec laquelle on enlèvera les fils qui attachent le muscle avancé près de la cornée. Plus tard, enfin, grâce à cette mensuration, nous pourrons doser exactement les exercices stéréoscopiques nécessaires.

ROHMER.

PARINAUD. Histoire du strabisme et de son traitement (*Annales d'oculist., déc. 1896*).

Le strabisme convergent au début est caractérisé par un excès d'innervation de convergence ; la cause de la déviation n'est pas dans les annexes de l'œil, mais dans le cerveau. Plus tard, l'excès d'innervation de convergence a disparu ; il est remplacé ordinairement par l'abolition complète de cette même innervation. La déviation est entretenue uniquement par la rétraction des tissus périoculaires. Au point de vue chirurgical, il s'agit de deux affections différentes. La précision dans le traitement chirurgical comme dans le traitement fonctionnel est donc impossible sans la connaissance approfondie de la pathogénie du strabisme. ROHMER.

A. SIEGFRIED. Die traumatischer Erkrankungen der Macula lutea der Netzhaut (*Thèse de Zurich, 1896*).

Les contusions de globe oculaire peuvent donner lieu, non seulement aux troubles passagers et périphériques de la rétine décrits par Berlin, mais encore à un trouble semblable plus fin et moins aisément visible dans la région de la tache jaune. Dans un certain nombre de cas, ce trouble de la tache jaune a également un caractère temporaire et disparaît sans laisser de traces comme celui de Berlin, tandis que dans d'autres il fait place à des altérations durables et externes, partant une diminution considérable de l'acuité visuelle. Le pronostic est défavorable lorsque de notables modifications du pigment rétinien se montrent rapidement après la blessure.

Les cas relativement les plus favorables sont ceux dus à un coup ou à la projection d'un objet contre l'œil; les heurts ont déjà des effets plus violents. Les coups de flèches sont d'un pronostic fâcheux; enfin il y a perte presque entière de la vue à la suite des explosions ou des chutes d'une extrême hauteur sur l'œil.

Quant aux corps étrangers, il suffit qu'ils aient séjourné un jour dans le corps vitré pour provoquer des lésions graves de la tache jaune; tout corps étranger ayant pénétré en un point quelconque de l'intérieur de l'œil prédispose au développement d'une affection traumatique de la tache jaune avec trouble visuel grave et permanent. Les tumeurs de l'orbite peuvent aussi amener des modifications morbides de la tache jaune.

La contemplation directe du soleil, comme à l'occasion d'une éclipse, peut conduire à un affaiblissement considérable et durable de l'acuité

visuelle, avec ou sans lésions appréciables de la tache jaune ou de la force; le travail de Siegfried en rapporte 18 cas. Enfin S. signale une forme non encore décrite d'affection maculaire dans l'ophtalmie sympatique; il n'en a encore observé que deux exemples. La thése de S. contient 80 observations.

J. B.

A. FICK. Behandlung der chronischen Thränensackeiterung (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte, p. 390, 15 juin 1896*).

Contre la suppuration chronique du sac lacrymal, F. recourt aux injections de chlorure de zinc à 10 0/0, après anesthésie préalable avec une solution de cocaïne à 5 0/0, instillée dans le cul-de-sac conjonctival et seringuée dans le sac lacrymal, et après qu'on a enduit de vaseline le globe oculaire, qu'on inonde ensuite avec une liqueur de carbonate sodique à 4 0/0, afin de décomposer le chlorure de zinc qui reflue du sac lacrymal et de l'empêcher de cautériser l'œil. Ce procédé thérapeutique est celui qui a donné à Fick les meilleurs résultats. Sur les 18 malades, 10 ont été guéris par une seule injection chlorurée et 3 par des injections réitérées ; les 5 autres n'ont éprouvé qu'une amélioration.

Quant au rétrécissement du canal lacrymal qui accompagne presque toujours la suppuration du sac, Fick le traite par la dilatation graduelle. Il introduit d'abord la sonde de Bowman la plus mince et lui imprime un mouvement de va et vient descendant et ascendant, 10 à 20 fois de suite ; quand elle glisse sans frottement, il la remplace par le numéro immédiatement supérieur et répète les mêmes manœuvres avant de passer à un calibre plus fort. Il continue ainsi le sondage avec des instruments de plus en plus volumineux, jusqu'à ce que la sonde ne glisse plus qu'à frottement dur, ou qu'il ait pu faire passer le n° 6.

J. B.

MÉNACHEM. Contribution à l'étude du traitement du trichiasis et du distichiasis (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur examine dans son travail les principaux modes de traitement proposés pour le trichiasis ; on peut les ranger sous quatre chefs, suivant que le chirurgien se propose de redresser directement les cils, de les détruire, de transplanter le sol ciliaire ou enfin de redresser le bord palpébral en s'adressant à tous les éléments constitutifs de la paupière. Les procédés qui, par des moyens divers, n'intéressent que la peau et l'orbiculaire semblent de beaucoup inférieurs à ceux qui touchent à la fois à la peau, au muscle, au tarse et à la conjonctive. Parmi ces dernières méthodes, la préférence doit aller, d'après l'auteur, au procédé de Panas, en raison de son exécution facile et des bons résultats qu'il donne toujours.

ROHMER.

RUMSCHEWITSCH. Zur Pathologie des Ektropion sarcomatosum (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenh., janv. 1896*).

Histologiquement, l'auteur a trouvé (dans le cas d'ectropion consécutif à une inflammation subaiguë du tissu cellulaire de l'orbite) une forte infiltration lymphoïde sous la conjonctive palpébrale supérieure, au niveau du cul-de-sac conjonctival ; le résultat en est une paralysie des fibres profondes du releveur de la paupière, tandis que les fibres superficielles,

aidées encore par l'orbiculaire, font basculer le bord ciliaire de la paupière. Pour la paupière inférieure, même infiltration lymphoïde sous-conjonctivale, surtout au niveau du bord orbitaire du tarse ; ici, l'aponévrose remplace le droit releveur de la paupière ; elle est divisée en trois feuillets dont le moyen renferme plusieurs couches de fibres lisses (muscle palpébral inférieur de Müller) ; de plus, les fibres du muscle orbiculaire s'hypertrophient et peuvent ectropioner la paupière inférieure, tandis que le muscle de Müller attire la paupière vers en bas. ROHMER.

GARDETTE. Du catarrhe printanier de la conjonctive, son traitement (*Thèse de Paris, 1897*).

Le catarrhe printanier est une affection oculaire bien spéciale, nettement distincte de toutes les autres affections de la muqueuse conjonctivale tant bulbaire que palpébrale. L'auteur préfère cette dénomination pour bien montrer que c'est au printemps que se fait son éclosion, c'est-à-dire lorsqu'à l'hiver froid et humide succède la saison chaude et sèche. De plus, le terme général « catarrhe » semble plus apte que tout autre à grouper les deux formes bien nettes de la maladie, d'origine microbienne probablement, la forme péricornéenne et la forme tarsienne. Isolée ou associée, chacune de ces formes possède ses symptômes particuliers, sa thérapeutique propre. La forme péricornéenne, plus favorisée, a son traitement radical : le massage à la lanoline hydrargyrique préconisé par Darier, lui a donné dans tous les cas observés une guérison manifeste. Malheureusement, on n'en peut dire autant de la forme tarsienne : là, on en est réduit à conseiller, — ce qui, jusqu'à présent, a donné les meilleurs résultats — les scarifications, ou plutôt l'abrasion des hypertrophies papillaires, thérapeutique certes efficace, qui procure beaucoup de soulagement mais qui, il faut l'avouer, n'apporte pas la guérison. ROHMER.

MORAX. La conjonctivite subaiguë (*Annales d'oculist., janv. 1897*).

A côté des inflammations spécifiques déjà connues de la muqueuse conjonctivale, il existe une maladie spéciale caractérisée cliniquement, par sa bilatéralité, par des phénomènes réactionnels peu intenses, par son évolution subaiguë ou chronique, et étiologiquement par la présence constante dans sa sécrétion conjonctivale d'un diplobacille, facile à reconnaître et dont l'inoculation sur la conjonctive humaine provoque une maladie en tous points semblable à la maladie naturelle. Cette conjonctivite est contagieuse ; elle peut, dans certains cas, s'accompagner de lésions cornéennes ; elle est facilement influencée et rapidement guérie par le sulfate de zinc en collyre. ROHMER.

JACOVIDÈS. L'ichtyol dans le traitement des conjonctivites et des blépharites (*Thèse de Paris, 1896*).

L'ichtyol peut être avantageusement employé dans toutes les conjonctivites et les blépharites ; il agit sur les tissus enflammés (conjonctive, bords ciliaires) par vaso-constriction, produisant, en outre, une action analgésique. Par son action astringente, il modifie et tarit assez bien

toute sécrétion conjonctivale, sauf dans la conjonctivite des nouveau-nés. Dans les cas de pannus cornéens, l'ichtyol peut rendre de réels services en éclaircissant la cornée. Comme l'a justement fait remarquer Luciani, l'ichtyol est appelé à prendre, en oculistique, une place aussi importante que celle qu'il occupe déjà en dermatologie et en gynécologie.

ROHMER.

TUROT. De l'antisepsie préopératoire de la conjonctive (*Thèse de Paris, 1896*).

L'asepsie mécanique du sac conjonctival doit être recherchée, avant toute intervention, par des lavages énergiques. L'emploi du laveur de Kalt paraît à l'auteur le procédé de choix. On doit y adjoindre l'antisepsie chimique, au moyen de substances actives, mais peu ou pas irritantes, telles que le permanganate de chaux à 1 pour 3000. La stérilisation de la muqueuse est bien loin d'être obtenue au point de vue bactériologique ; cliniquement, elle est très approchée, sans être suffisante pour exclure tout perfectionnement. ROHMER.

I. — H. COPPEZ et M. FUNCK. Contribution à l'étude de l'étiologie et du diagnostic des ophtalmies pseudomembraneuses (*Ann. Soc. roy. Sc. méd. et natur. de Bruxelles, IV*).

II. — Th. EWETZKY. Ueber die Bindehautdiphtherie und ihre Behandlung mit Heilserum (*Berlin. klin. Woch., n° 31, 3 août 1896*).

I. — D'après les travaux des observateurs modernes et d'après leurs propres recherches, Coppez et Funck soutiennent l'opinion que la distinction admise jadis par les ophtalmologistes entre les conjonctivites croupale et diphtéritique ne peut plus être maintenue, parce que l'une et l'autre affections sont dues à un seul et même agent morbide, le bacille de Loeffler. Il est vrai que, plus rarement, des inflammations pseudo-membraneuses de la conjonctive peuvent être provoquées par d'autres microorganismes, tels que le streptocoque, le pneumocoque, etc., et qu'elles ne sont reconnaissables que par l'examen bactériologique.

C. et F. rapportent des observations qui montrent l'efficacité du sérum de Behring dans le traitement des conjonctivites causées par le bacille de Loeffler.

II. — Ewetzky relate deux observations de conjonctivite diphtéritique, chez des enfants en bas âge, traités avec succès par le sérum curatif. Chez l'un, l'affection était localisée à un œil et de provenance inconnue. Chez l'autre, elle était la conséquence d'une auto-infection. Chez l'un, le bacille de Loeffler était le seul microbe constaté, tandis que chez le premier, il s'accompagnait dans la conjonctive, de microcoques. Dans les 2 cas il s'agissait de la variété la plus virulente d'après Martin (*Ann. Instit. Pasteur*, 1893, p. 335), c'est-à-dire de bacilles longs et enchevêtrés et leur virulence a été confirmée par des inoculations aux cobayes.

Le traitement a consisté en deux injections sous-cutanées de cinq centimètres cubes chez l'enfant de 1 an qui n'était atteint que d'un œil et de dix centigrammes chez celui de 3 ans et demi.

Ewetzky compte 29 cas de conjonctivites pseudo-membraneuses traitées

par le sérum antidiphtéritique, mais 6 d'entre eux doivent être exclus comme dus à d'autres microbes que celui de Loeffler, 4 à des streptocoques, 1 à des staphylocoques et 1 au gonocoque.

21 fois sur 23, le sérum s'est montré parfaitement efficace dans la conjonctivite diphtéritique ; dans les deux autres cas, une fois la guérison fut traînante, tandis que dans l'autre il y eut destruction des cornées et mort par bronchopneumonie, mais il s'agissait d'un cas d'infection mixte avec streptocoques et staphylocoques. Quant aux 6 cas de conjonctivite pseudo-membraneuse non diphtéritique, dans 4 (3 à streptocoques, 1 à gonocoques) le sérum n'a pu empêcher la destruction des yeux, tandis que dans les 2 restants (1 à streptocoques de Lantsheere et 1 à staphylocoques d'Orlando Pes), la guérison a été rapide ; aussi Ewetzky n'est-il pas loin de penser qu'il y ait eu ici erreur de diagnostic. J. B.

C.-H. SPRONCK. Ueber die Vermeintlichen « schwachvirulenten Diphtheriebacillen » (Les prétendus bacilles diphtériques à faible virulence du sac conjonctival) (*Deutsche med. Woch., p. 572, 3 sept. 1896*).

L'auteur a expérimenté sur des préparations provenant de 2 malades d'Utrecht et d'un malade de Berne atteints de xérose des conjonctives. Les cultures provenant de ces trois malades avaient l'apparence de cultures diphtériques et les préparations microscopiques donnaient des bacilles absolument semblables au bacille de Loeffler ; dans des proportions différentes, elles étaient pathogènes pour le cochon d'Inde, déterminant suivant la dose des phénomènes locaux et généraux ; mais les animaux immunisés avec une forte dose de sérum antidiphtérique et absolument réfractaires au virus diphtérique, ne présentaient aucune immunité à l'égard du virus de la xérose conjonctivale. Il ne s'agit donc pas dans la xérose du bacille de Loeffler, mais d'un bacille qui lui ressemble et reproduit la forme de ses cultures. H. DE BRINON.

R. GREEF. Die Serumtherapie bei der Diphtherie des Auges..... (*Deutsche med. Woch., p. 592, 10 sept. 1896*).

Il a été publié 42 cas de diphtérie oculaire avec contrôle bactériologique traités par le sérum ; à l'exception de 3 cas, tous les autres ont guéri rapidement et cependant, dans un grand nombre de cas, il s'agissait de diphtéries graves qui, avant l'introduction du sérum, auraient entraîné la mort du malade.

Des 3 cas cités plus haut, un, celui de Gayet, a guéri, mais tardivement, les membranes ne se sont détachées que 10 jours après l'injection et les cornées n'ont retrouvé leur clarté que le 40e jour. Les 2 autres se sont terminés par la mort ; l'un était un cas d'infection mixte, l'autre un cas d'infection pure. Il résulte de l'étude de ces 42 observations que le traitement local ne doit jamais être négligé dans la diphtérie oculaire ; les altérations de la cornée et des parties profondes résultant le plus souvent de l'association de microbes étrangers, ne cèdent pas à l'injection, seules les fausses membranes disparaissent et l'état général s'améliore.

Au point de vue des paralysies, il semble qu'elles sont plus fréquentes et plus graves depuis l'introduction du sérum, cela tient sans doute à ce que les cas de diphtérie grave guérissent plus facilement. On a essayé de traiter la paralysie elle-même par de nouvelles injections de sérum, mais les observations sont encore peu nombreuses et peu démonstratives. H. DE BRINON.

MANDONNET. Sur quelques formes d'herpès de la cornée (*Thèse de Paris, 1896*).

Les maladies de la cornée décrites sous les termes variables de kératite dendritique, racémeuse, en sillons étoilés, par Hansen Grut, Emmert, Gillet de Grandmont, et d'autres auteurs, sont de véritables kératites herpétiques ; elles rentrent dans la description donnée par Horner de l'herpès de la cornée. La forme de l'ulcération dépend du groupement variable des vésicules, et ne saurait suffire à caractériser un type clinique. La durée de la maladie, et les phénomènes subjectifs qui accompagnent l'ulcération, sont en rapport avec la nature de l'agent infectieux, et avec la résistance de l'organisme. Un caractère commun réunit toutes ces formes de kératite à l'herpès de Horner : c'est l'anesthésie cornéenne, qui indique une lésion anatomique commune, la névrite périphérique des nerfs de la cornée. ROHMER.

SGROSSO. Sur les effets de la galvanocaustie et de l'iritomie externe dans le kératocone (*Ann. d'oculist., janv. 1897*).

Sur l'œil gauche du malade opéré par Sgrosso, la vision était de 2/60; sur l'œil droit de 4/60. On fit sur chaque œil plusieurs cautérisations galvaniques en ménageant le segment inféro-interne de chaque cornée, ce qui affaissa les cornées. Puis, sur l'œil gauche, on fit une iridectomie, et sur le droit l'iritomie externe de Vincentiis et Lagrange. On obtint : O. G. V = 1/4 avec sph. — 7 = *c* — 4 axe 170°. O. D. V = 1/2 avec sph. — 6 = *c* — 3 axe 150°. De près, le malade lit le n° 1 de Wecker de l'œil droit, aidé d'un cylindre seulement, tandis que, dans des conditions analogues, il lit de l'œil gauche seulement le n° 3. L'auteur préconise naturellement l'iritomie externe. ROHMER.

VALUDE. La kératite interstitielle dans la syphilis acquise (*Ann. d'oculist., janv. 1897*).

La kératite interstitielle diffuse de la syphilis acquise peut être distinguée de la kératite héréditaire, parce qu'elle est ordinairement unilatérale, parce que l'infiltration est moins diffuse et sa période de vascularisation moins prononcée, partant les phénomènes réactionnels moins accusés ; de plus, le traitement spécifique donne un effet rapide et plus réellement curateur que dans la kératite héréditaire. Suit une bibliographie complète de la question. ROHMER.

PANSIER. L'électricité dans le traitement des ulcérations profondes de la cornée (*Ann. d'oculist., déc. 1896*).

L'auteur a employé l'électricité comme adjuvant, détergeant l'ulcère soit avec le galvano, soit avec la curette, puis, après électrisation, le

couvrant d'aristol et mettant un pansement occlusif laissé en place douze, vingt-quatre ou quarante-huit heures. Outre les douleurs propres de la cornée qui ont été calmées par le galvanocautère qui détruit les terminaisons nerveuses des tissus ulcérés, l'auteur a vu des ulcérations, des pertes de substances profondes qu'il était habitué à n'amener à guérison qu'avec des leucomes épais, se cicatriser avec des opacités toujours légères, étant données la profondeur et l'étendue de l'ulcère. ROHMER.

STERN. Ein seltener Fall von Keratitis parenchymatosa (*Klin. Monats. f. prakt. Augenh., janv. 1897*).

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, myope, qui présenta sur un œil le tableau clinique d'une kératite parenchymateuse diffuse ou interstitielle laquelle évolua en 3 mois et guérit ; pas de syphilis congénitale ni acquise, mais la malade, depuis 6 ans, souffre d'une sorte d'urticaire hémorragique qui lui provoque d'énormes suffusions sanguines sous la peau ; il s'agirait donc, selon l'auteur, d'un urticaire de la cornée, qui guérit sans laisser de trace ; il est bon d'ajouter qu'il n'y a pas d'hémophilie. ROHMER.

NIESNAMOFF. Ueber die quantitativen Verhältnisse der Filtration und Secretion des Kammerwasssers (La capacité quantitative de la filtration et de la sécrétion de l'humeur aqueuse) (*Graefe's Arch., XLII, 5*).

De ses recherches, l'auteur conclut : qu'une solution salée physiologiquement pure filtre en quantité invariable à travers l'angle de la chambre antérieure d'un œil mort ; la filtration varie avec la pression sur le vivant et sur le mort. Chez les divers animaux, elle dépend des dimensions de la chambre antérieure, c'est-à-dire de l'étendue de la surface à travers laquelle filtre la solution. Avec des solutions impures ou contenant des particules non dissoutes, la filtration diminue et même s'arrête d'où l'on peut conclure à une destruction des pores. Le pigment des procès ciliaires et de la face postérieure de l'œil, en pénétrant dans la chambre antérieure, peut diminuer la filtration et augmenter la pression intra-oculaire. La filtration se fait de la même façon sur des yeux humains fraîchement extraits du cadavre ou sur des yeux d'animaux recueillis dans les mêmes conditions. Sur un œil vivant d'animal, la filtration, à pression égale, se fait comme sur un œil mort lorsqu'on augmente la pression de l'appareil. La sécrétion de l'humeur aqueuse est proportionnelle à la différence entre la pression intra-oculaire et la pression dans les vaisseaux. Cette sécrétion se fait à travers les parois des vaisseaux du corps ciliaire, vaisseaux dans lesquels la pression est environ le double de ce qu'elle est dans l'œil. ROHMER.

FERRAEZ. Contribution à l'étude de l'ophtalmomalacie (*Thèse de Paris, 1896*).

L'ophtalmomalacie est une affection à caractères bien tranchés, une entité morbide définie ; elle est produite par une paralysie le plus souvent réflexe du cordon cervical du grand sympathique. A cette paralysie peuvent s'ajouter des phénomènes d'irritation ou de dépression dans la sphère du trijumeau, point de départ fréquent du réflexe. Il existe une forme

d'ophtalmomalacie permanente ayant pour cause une lésion du cordon cervical du grand sympathique, lésion primitive ou secondaire à une lésion centrale.

ROHMER.

Gama PINTO. Contribution à l'opération de la cataracte secondaire (*Ann. d'oculist., janv. 1897*).

La question de l'utilité et des indications exactes de la discision de la cataracte secondaire n'est pas encore tranchée d'une manière définitive. A l'exemple de Gayet, de Wecker, de O. Becker, beaucoup d'opérateurs craignent encore la discision ; il s'agit là, en effet, d'une intervention que l'on pratique sur les yeux qui ont déjà récupéré la vue, si faible qu'elle soit, et dont on peut compromettre le sort par cette seconde intervention, souvent véritable opération de luxe. L'auteur, à l'exemple de Knapp, est partisan de cette intervention ; il a fait 326 discisions, soit 61 0/0, et Knapp 60 0/0. G. Pinto fait la discision lorsque l'acuité visuelle n'est pas parfaite, et même il la fait préventivement, lorsqu'il y a une capsule transparente qui risque de s'opacifier plus tard, surtout chez les clients pauvres. L'opération est pratiquée avec le couteau de de Graefe, à l'aide de l'éclairage artificiel, et dans une direction perpendiculaire à la direction de la tension de la capsule ; si l'incision capsulaire ne s'entr'ouvre que pas ou peu, il faut faire une seconde intervention. Trois ou quatre jours de traitement suffisent pour la guérison, et une semaine après on choisit les lunettes. Une complication désagréable est l'enclavement du vitré dans la plaie cornéenne ; il faut le couper au ras de la cornée. L'auteur a eu deux suppurations sur 193 discissions, soit 1,03 0/0. C'est pour éviter ces accidents que l'auteur préconise la discision postérieure, en introduisant le couteau à 6 ou 8 millimètres du bord cornéen. Sur 193 discisions antérieuses, 107 fois on constata une amélioration immédiate de l'acuité visuelle, 20 fois il y a eu diminution. Sur 133 cas de discision postérieure, il y eut 95 améliorations, 7 diminutions et 51 résultats inconnus.

ROHMER.

POULET. Ophtalmoplégie sensitivo-motrice totale avec atrophie optique par syphilis acquise (*Thèse de Paris, 1896*).

Les cas observés et décrits par l'auteur, constituent un type clinique intéressant par sa netteté ; sans en vouloir faire un cas spécial, on peut dire que c'est une question de localisation. Tout ce qui passe par la fente sphénoïdale est paralysé ; tout ce qui passe en dehors est indemne. Une tumeur, un processus quelconque de la fente sphénoïdale pourraient donner les mêmes symptômes. Mais ce qui est intéressant au point de vue pratique, c'est que dans les cas observés, il s'agit d'une affection syphilitique, c'est-à-dire, d'une affection curable dans une certaine proportion. Sans vouloir distinguer plusieurs types dans cette manifestation de la syphilis tertiaire, l'auteur fait remarquer que les cas où la vision est complètement ou relativement conservée sont les plus favorables ; que si, au contraire, elle est entièrement abolie, le pronostic semble beaucoup plus grave, du moins *quoad visum*.

ROHMER.

I. — BELT. Sponge grafting in the orbit for support of artificial eye (*Journ. Amer. med. Ass.*, *7 nov. 1896*).

II. — CLAIRBORNE. Some experiments on rabbits (*Ibid.*, *21 nov. 1896*).

I. — Dans 5 cas cliniques, après énucléation de l'œil, B. a inséré dans la cavité orbitaire de l'éponge stérilisée de la grandeur des trois quarts de la cavité, puis il a suturé les conjonctives et fait un pansement compressif. Au bout de quelques semaines, l'éponge était envahie par du tissu de néoformation qui, prenant de la consistance avec le temps, formait alors un excellent support pour un œil artificiel.

II. — Les expériences de C., ont été faites sur des lapins. Après énucléation, des globes d'amiante ou de verre filé étaient introduits dans les cavités orbitaires. Ces corps étrangers ne furent pas tolérés, d'où C. conclut qu'en clinique, il doit en être de même. CART.

MALADIES
DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

W.-J. HORNE et M. YEARSLEY. Eucaïne as a local anesthetic n the surgery for the throat, nose and ear (*Brit. med. Journ.*, *16 janv. 1897*).

H. et Y. ont employé l'eucaïne dans 32 cas d'affections de l'oreille, de la gorge et du nez, comme anesthésique. Ils se servaient d'une solution à 2,5 et 8 0/0. La première est suffisante pour l'anesthésie de la luette, pour la rhinoscopie postérieure et les examens de l'oreille. Les solutions à 5 et 8 0/0 sont nécessaires pour des interventions chirurgicales et n'ont aucun danger. L'anesthésie est plus lente à se produire qu'avec la cocaïne; elle est aussi complète et dure de 10 à 20 minutes. Les auteurs n'ont pas constaté d'action hyperémique sur la muqueuse nasale; il y a plutôt ischémie, mais beaucoup moins marquée qu'avec la cocaïne : aussi n'observe-t-on pas d'hémorragie secondaire. L'eucaïne ne leur semble pas remplacer absolument la cocaïne.

A. CARTAZ.

R. LEVY. Fatal hemorrhage from the nose and pharynx from unusual cause (*Laryngoscope*, *I*, *p. 98*).

Mineur, âgé de 24 ans, frappé le 1er mai par un bloc lancé à la joue par une explosion. Forte hémorragie nasale, qui continue les jours suivants. On ne constate qu'une contusion de la joue sans fracture. 8 jours plus tard, il rentre à l'hôpital, pâle, anémique, par suite de plusieurs hémorragies par le nez et le pharynx, arrêtées par tamponnement. Le 24 mai, fièvre, douleurs du côté de l'oreille avec surdité ; rien d'anormal du côté du tympan. Nouvelles épistaxis. Le 2 juin, grave hémorragie nasale ; tamponnement avec de l'eau oxygénée ;

le malade est exsangue. Amélioration graduelle ; le 8 juin, le malade veut se lever ; violente hémorragie, syncope et mort.

A l'autopsie, otite moyenne suppurée avec nécrose étendue au rocher, ulcération de l'artère méningée moyenne; le tympan n'étant pas perforé, le sang coulait dans la gorge et le nez par la trompe. A. CARTAZ.

R. PIAGET. Les moyens de défense des fosses nasales contre l'invasion microbienne (*Ann. mal. de l'or., fév. 1897*).

Les expériences faites par l'auteur lui ont démontré que les cavités nasales (en dehors du vestibule), sont normalement aseptiques chez l'homme et chez les animaux. Cette asepsie est due surtout à l'action bactéricide du mucus nasal. Si l'on met ce mucus en présence de divers microbes, on voit que son action est absolue pour la bactéridie charbonneuse, très intense pour le bacille diphtérique. Pour les autres microbes, streptocoques, staphylocoques, colibacille, etc., le pouvoir bactéricide est variable; cela tient à la présence simultanée de plusieurs espèces.

A. CARTAZ.

E. GUARNACCIA. Ricerche batteriologiche sulla rinite caseosa (*Arch. ital. di lar. XVI, p. 152*).

G. résume dans ce travail l'histoire de cette affection et publie 2 cas qui lui ont permis de faire une étude bactériologique complète. La masse caséeuse est surtout composée par des amas de streptothrix alba ; c'est là l'élément caractéristique et fondamental de la rhinite caséeuse.

A. CARTAZ.

FLATAU. Chronische Hydrorrhoe der Nase (*Berlin. klin. Woch., p. 854, 14 sept. 1896*).

Femme de 24 ans, sujette depuis 4 ans à une hydrorrée nasale; le liquide aqueux qui s'écoule en une fois a atteint maintes fois 1/2 litre. La malade fait dater son affection d'une galvano-cautérisation des cornets inférieurs. Tous les sinus sont sains et les fosses nasales ne présentent rien d'anormal ; en revanche, le pharynx nasal est rempli de végétations adénoïdes. J. B.

I. — LACOARRET. Du cornet inférieur : sa personnalité anatomique et pathologique, son hypertrophie et ses dégénérescences bénignes (*Revue hebd. de lar., 27 fév. 1897*).

II. — CROUZILLAC. Dégénérescence du cornet inférieur (*Thèse de Toulouse, 1897*).

I et II. — Le cornet inférieur a une véritable personnalité; c'est un os distinct; sa muqueuse diffère de celle des autres cornets; elle se rapproche comme constitution anatomique de la muqueuse du tube digestif et renferme comme elle des glandes en grappe, des fibres musculaires et des follicules clos qui, nombreux à la partie postérieure, font de la queue du cornet une sorte d'amygdale nasale.

Les dégénérescences bénignes de la muqueuse sont précédées d'un état inflammatoire qui offre deux stades successifs, phase de conges-

tion et phase d'hypertrophie confirmée. Cette hypertrophie a deux formes principales : forme lisse et forme papillaire ; elles sont purement myxomateuses ou fibro-myxomateuses. Ces lésions diffèrent tout à fait de celles qui atteignent la muqueuse des autres cornets. A. CARTAZ.

Edmund MEYER. Bakteriologische Befund bei Rhinitis fibrinosa (*Arch. f. Laryng., IV, p. 249*).

M. a examiné 31 cas de rhinite fibrineuse ; sur 22 cas où les recherches bactériologiques ont été pratiquées, dans 9 il a trouvé, avec les microbes ordinaires des fosses nasales, du streptocoque, du staphylocoque blanc et doré. Dans 13, il rencontra le bacille de Lœffler. D'une façon générale, la rhinite fibrineuse est donc symptomatique d'une infection diphtérique. A. CARTAZ.

Y. ARSLAN. Ascesso del setto nasale (*Boll. mal. dell' orecchio, XIV, p. 237*).

A. publie 8 observations d'abcès de la cloison, et après avoir rappelé les nombreux travaux sur ce sujet, montre par des faits personnels que le traumatisme n'est pas le seul facteur étiologique. Dans le traumatisme, l'abcès succède à un hématome ; dans ses observations, A. croit que la rhinite purulente chronique et des infections antérieures surajoutées sont suffisantes pour expliquer la production de l'abcès. A. CARTAZ.

GOUGUENHEIM. Des abcès chauds de la cloison nasale (*Ann. mal. de l'or., janv. 1897*).

G. relate 7 observations d'abcès de la cloison. Il regarde cette lésion comme assez rare et d'origine presque exclusivement traumatique.

L'abcès siège en général à la partie antéro-inférieure de la cloison, et dans quelques cas peut, par suite de la fracture étendue du cartilage, être bilatéral, se montrer dans les deux narines ; plus exceptionnellement on le voit à la partie supérieure.

G. énumère les symptômes, discute le diagnostic et n'admet pas que ces abcès soient, à peu près constamment, quand ils sont traumatiques, le second degré de l'hématome, puis il indique le traitement. A. CARTAZ.

G. FINDER. Einige Bemerkungen über maligne Nasengeschvülste (Tumeurs malignes du nez) (*Archiv f. Laryng., V, p. 302*).

Les tumeurs malignes du nez sont rares ; la statistique de Gurlt donne, sur 848 cas de sarcome, 15 cas et sur 9,554 cas de carcinome, 4 cas pour le nez. La statistique de F. confirme cette rareté : sur 28,000 malades, il a observé 10 cas de sarcome, 2 de carcinome ; l'âge variait de 17 à 73 ans. F. discute l'étiologie, fort obscure, et croit que la transformation des tumeurs malignes peut survenir par le fait de l'irritation opératoire dans le cas où des polypes muqueux contiennent quelques cellules sarcomateuses qui se multiplient et changent la nature de la tumeur. Le traitement chirurgical peut enrayer le sarcome, il est insuffisant contre le carcinome. A. CARTAZ.

POLI. Sugli effetti del siero antidifterico nell' ozena (*Accad. med. Genova, 14 déc. 1896*).

P. a traité 25 cas d'ozène par le sérum dipthérique : dans 15 cas seulement il a pu continuer ce traitement d'une façon suivie. D'après ses observations le sérum détermine une congestion de la muqueuse qui facilite le rejet des croûtes et la suppression de l'odeur, mais le sérum n'a aucune action spécifique. A. CARTAZ.

PLAUCHU. Trépanation pour un cas d'abcès cérébral consécutif à une sinusite frontale (*Lyon méd., 29 nov. 1896*).

Homme de 25 ans, entré à l'hôpital, dans le coma. Tumeur avec œdème à l'angle de l'œil gauche, écoulement purulent par les narines. Jaboulay diagnostique : abcès central suite de sinusite frontale. Il ouvre l'abcès orbitaire qui conduit sur un foyer d'ostéite des cellules ethmoïdales et du sinus frontal. On ne trouve pas d'orifice intra-cranien. Trépanation par la face antérieure des sinus frontaux, mise à nu du cerveau ; méninges saines. Ponction du cerveau ; au 3e coup de trocart, vers le lobe temporo-sphénoïdal, issue de pus fétide. Amélioration du pouls, mais persistance du coma, mort. Autopsie impossible. A. CARTAZ.

R. BOTEY. Traitement des sinusites frontales chroniques et des lésions intra-craniennes consécutives (*Rev. hebd. de lar., 16 janv. 1897*).

1° Sinusite frontale chronique chez une jeune fille de 17 ans, avec sinusite maxillaire. Ouverture et lavage de l'antre par le méat inférieur. Trépanation du sinus frontal par la voie externe avec large ouverture nasale. Guérison rapide.

2° Garçon de 16 ans ; sinusite frontale double avec symptômes cérébraux. Trépanation. L'os est très friable et on trouve un abcès avec fongosités. La paroi postéro-supérieure du sinus est perforée et communique avec le cerveau. Incision de la dure-mère. Evacuation d'un foyer de ramollissement cérébral avec caillots de sang. Trajet fistuleux dans la masse encéphalique de 5 à 6 centimètres sans traces de pus. Amélioration des accidents encéphaliques, apyrexie. L'indocilité du malade à supporter le pansement amène une hernie cérébrale avec méningo-encéphalite et ostéo-périostite du frontal et du pariétal ; mort, malgré la résection de la hernie et l'ouverture des foyers de suppuration.

3° Homme de 28 ans. Sinusite frontale droite sans lésion des autres sinus. Symptômes cérébraux graves. Trépanation. On trouve la paroi postérieure du sinus perforé, la dure-mère fongueuse et un abcès sous-dural. Raclage, lavage et désinfection. Cicatrisation rapide. Quelques semaines plus tard B. rouvre le sinus pour établir une large voie d'évacuation nasale et ferme la plaie par un lambeau ostéoplastique. Guérison. A. CARTAZ.

G. MICHEL. Des abcès et fistules orbitaires dans le cours des sinusites frontales (*Thèse de Lyon, 1895*).

Les abcès orbitaires constituent une complication fréquente des sinu-

sites frontales ; abandonnés à eux-mêmes, ils aboutissent à des fistules interminables.

Le diagnostic est difficile, comme étiologie, s'il s'agit d'une sinusite frontale chronique et latente, sans grand écoulement nasal ; on peut croire alors à une périostite orbitaire, à un plegmon de l'œil, un abcès du sac lacrymal.

Comme traitement, M. écarte les méthodes par la voie nasale comme dangereuses et insuffisantes et conseille la trépanation frontale avec curetage et drainage fronto-orbitaire intra-sinusal. Plusieurs observations inédites. A. CARTAZ.

I. — Herbert TILEY. An investigation of the frontal sinuses in one hundred and twenty skulls (120 crânes) (*The Lancet, sept. 1896*).

II. — Le même. Anatomie chirurgicale des sinus frontaux avec 4 cas traités chirurgicalement (*Revue intern. de rhinol. VII, p. 1*).

I et II. — Tiley a examiné la disposition anatomique des sinus frontaux sur une collection de 120 crânes ; il a constaté une variation considérable dans le volume ; la cloison, souvent mince, est toujours complète et généralement médiane. La proéminence des rebords sourciliers ne signifie rien au point de vue de l'extension des sinus. Le fond de l'infundibulum varie beaucoup et peut être à 28 millimètres de la surface antérieure de l'os. La direction et la longueur du conduit fronto-nasal sont également très variables.

D'après ces remarques, quand l'intervention se fait par la trépanation frontale, il faut faire l'incision médiane verticale, détacher le périoste et faire la trépanation un peu sur le côté ; on tombera toujours sur le sinus que l'on veut atteindre. Suit le détail de 4 cas de sinusite aiguë et chronique. A. CARTAZ.

J.-A. WILKENS. Ueber die Bedeutung der Durchleuchtung für die Diagnose der Kieferhöhleneiterung (*Thèse de Fribourg, 1896*).

Le diagnostic des sinusites par l'éclairage par transparence, repose sur les signes suivants :

a) La joue située en avant du sinus malade reste sombre, signe de Heryng ;

b) La pupille du côté malade reste sombre, signe de Vohsen-Davidsohn ;

c) Le manque de l'impression lumineuse subjective du côté malade, signe de Garel-Burger ;

d) A la rhinoscopie, la paroi nasale du sinus reste sombre, signe de Robertson.

D'après les recherches faites par l'auteur, sur des personnes n'ayant aucune affection du nez, chez 54 les joues étaient bien éclairées ; chez 37 modérément et chez 9 très mal. Dans 74 0/0 des examens, les pupilles étaient trouvées éclairées. L'impression lumineuse subjective se révélait dans 97 0/0 des cas des deux côtés.

Dans 23 cas de suppuration unilatérale aiguë des sinus maxillaires, on trouvait très nettement 19 fois le symptôme de Heryng ; 3 fois douteux ;

il n'existait dans 1 cas aucune différence. Dans 16 cas de suppuration chronique unilatérale des sinus maxillaires, la transillumination de la joue en question fut 10 fois absolument sombre, 2 fois à moitié sombre, tandis que 4 fois la joue apparaissait éclairée comme la joue saine. Dans 6 cas de suppuration bilatérale des sinus maxillaires, la transillumination des joues était toujours mauvaise.

Dans les suppurations aiguës, on trouve toujours le symptôme de Vohsen-Davidsohn.

Dans 16 cas de suppuration chronique unilatérale des sinus maxillaires, la pupille correspondante était sombre 13 fois; elle était brillante 1 fois à la suite de l'ouverture artificielle des cellules ethmoïdales; dans deux autres cas, elle brillait malgré la présence du pus. Dans tous les cas de suppuration bilatérale, la pupille était sombre.

Dans les suppurations aiguës, le symptôme de Garel-Burger se manifestait sans exception. Parmi 16 cas de suppuration chronique unilatérale, on l'observait 13 fois; une fois, on percevait aussi la lumière sur le côté malade à la suite de l'ouverture artificielle des cellules ethmoïdales; dans 2 autres cas, l'impression lumineuse subjective était bilatérale, bien que la suppuration fût unilatérale. Dans 6 cas de suppuration bilatérale, l'impression lumineuse manquait 2 fois; 4 fois elle était très faible et même douteuse.

Après la guérison d'une suppuration des sinus maxillaires, dans la règle, la transparence revient du côté malade en partie ou complètement.

L'assombrissement persistant, après guérison apparente d'une suppuration des sinus maxillaires, indique que cette guérison est fort problématique.

Bien que la transillumination ne donne pas une affirmation absolue, ce n'en est pas moins un moyen de recherche des plus précieux dans le diagnostic des suppurations des sinus maxillaires. CART.

A. COMBE. Sinusites maxillaires compliquées de tic douloureux, guérison par la trépanation et la résection de la paroi externe (*Cong. franç. de chir.*, *10e session*, *Paris*, *oct. 1896*).

C. appelle l'attention sur une variété de sinusite maxillaire compliquée de névralgie dans la sphère du trijumeau et prenant le caractère de tic nerveux. Dans cette forme l'ouverture du sinus, l'évacuation du foyer purulent, les lavages ne suffisent pas à calmer les irradiations douloureuses. Il faut intervenir plus radicalement, réséquer une partie du bord alvéolaire, comme l'a fait Jarre pour les névralgies rebelles de la face. Six observations avec guérison par ce procédé. A. CARTAZ.

BOUCHERON. Sérum antistreptococcique dans la sinusite maxillaire aiguë et le phlegmon aigu du sac lacrymal (*Soc. de biol.*, *27 fév. 1897*).

B. relate 2 cas où les injections de sérum de Marmorek ont arrêté et guéri des abcès locaux. Chez une femme de 38 ans, atteinte de leucorrée à streptocoques, survient une sinusite maxillaire, caractérisée par les douleurs, l'obscurité à l'éclairage par transparence de l'œdème de la région maxillaire,

fièvre, mauvais état général. 3 injections de sérum amenèrent la cessation des douleurs, la disparition des signes locaux, la transparence du sinus, une guérison qui s'est maintenue.

Chez un homme de 55 ans atteint de conjonctivite purulente avec phlegmon aigu du sac lacrymal, la guérison a été rapide avec les injections de sérum. A. CARTAZ.

J. Noland MACKENZIE. A contribution to the pathological anatomy of ethmoid disease (*New-York med. Journ., p. 107, 23 janv. 1897*).

D'après l'auteur, ce que l'on a appelé dégénérescence myxomateuse de la muqueuse nasale, n'est nullement dû à une modification muqueuse, mais est le résultat d'une simple action inflammatoire. La cause de l'erreur commise est dans ce fait, que l'on a observé surtout le sujet au point de vue clinique, et qu'on n'a point pratiqué d'examen de la muqueuse ethmoïdale.

L'ethmoïdite purulente peut durer des années sans produire aucune lésion osseuse, et tous les aspects sous lesquels se présentent les parties atteintes représentent des stades successifs d'une même affection : il faut noter la ressemblance frappante entre le tissu de jeunes granulations trouvé dans la région ethmoïdale et la structure du sarcome à cellules rondes, et par suite la possibilité d'erreur dans le diagnostic microscopique. P. MAUBRAC.

Ad. HÉBERT. Recherches cliniques et bactériologiques sur les angines à bacilles de Friedländer (*Thèse de Paris, 1896*).

H. étudie une variété d'angines subaiguës ou chroniques, caractérisées par la présence de fausses membranes nacrées ou jaunâtres, peu étendues, adhérentes à la muqueuse sous-jacente, se reproduisant après l'enlèvement. Ces angines ne s'accompagnent d'aucun symptôme important ; pas de fièvre, peu de sensibilité de la gorge. Elles se rapprochent, comme aspect, de la mycose pharyngée, et ne peuvent être sûrement diagnostiquées que par l'examen bactériologique qui révèle la présence du bacille de Friedländer. H. étudie avec soin la morphologie et les réactions de ce bacille, A. CARTAZ.

Ch. RIOLLE et A. HÉBERT. Les angines à bacilles de Friedländer (*Ann. de l'Inst. Pasteur, XI, p. 67, 25 janv. 1897*).

R. et H. ont étudié 6 cas d'angines à bacille de Friedländer. Cette angine revêt deux formes : 1° forme chronique, paraît la plus fréquente (4 cas); aucun symptôme général, très peu ou pas de signes fonctionnels locaux; peut se prolonger plusieurs mois; caractérisée par la présence sur les amygdales, quelquefois sur les piliers ou la paroi pharyngée de petits points blancs, noirs ou jaunâtres, mamelonnés de 1 à 5 mm. de large à bords nets, en nombre variable; très adhérents à la muqueuse sous-jacente villeuse; enlevées, les fausses membranes ne se désagrègent pas dans l'eau ; elles se reproduisent rapidement.

2° forme aiguë : signes analogues, mais moins nets (2 cas non compa-

rables). Cette affection pourrait être confondue avec le pharyngomycose leptothrixique, mais le leptothrix est-il bien réellement la cause de cette affection?

Le meilleur moyen de diagnostic est la culture sur sérum coagulé. Le travail se termine par l'étude bactériologique des bacilles isolés des angines; étude qui vérifie les recherches de Grimbert. PAUL TISSIER.

KRAMER. Zur Anwendung..... (De l'emploi des injections phéniquées dans le traiment des amygdalites) (*Centr. f. Chir.*, *n° 47, 1896*).

Chez les malades sujets aux amygdalites suppurées, quand l'affection n'est pas entretenue par une lésion voisine (carie dentaire), par un état général mauvais, il faut admettre qu'il reste dans le tissu péritonsillaire des foyers latents de suppuration; sous une influence quelconque, ils reprennent de la vitalité et créent les récidives. Ces faits semblent corroborés par les heureux résultats des injections intestitielles de solution phéniquée (sol. à 3 0/0, 4 à 6 injections). A la suite de ce traitement, appliqué quelques semaines après la récidive, 15 malades n'ont pas eu de rechute depuis plus de 2 ans et demi; chez les autres l'influence de l'injection a duré de plusieurs mois à 2 ans. ROBINEAU.

SCHLESINGER. La tuberculose des amygdales chez l'enfant (*Berliner klinik.*, *9, 1896, et Bull. méd.*, *10 janv. 1896*).

Chez 17 enfants morts de tuberculose pulmonaire, il existait 12 fois de l'amygdalite tuberculeuse. Dans 4 cas où le poumon était indemne (tuberculose osseuse) ou guéri, il n'y avait pas de lésion amygdalienne.

A. C.

F. ARDENNE. Des tumeurs bénignes de l'amygdale (*Thèse de Bordeaux*, *1896*).

D'après les recherches de l'auteur, corroborées par une enquête auprès des principaux spécialistes de l'Europe, les tumeurs bénignes de l'amygdale sont fort rares. Aux 52 cas publiés jusqu'à ce jour, A. a ajouté 20 cas inédits observés et opérés par divers auteurs. Les variétés principales sont : le fibrome, la plus fréquente, le myxome, le lipome, le chondrome (un seul cas), le papillome, l'angiome, l'adénome, les kystes par rétention et les kystes hydatiques. A. discute avec soin le diagnostic de chaque variété et surtout le diagnostic différentiel avec les tumeurs malignes qui, au début, peuvent parfois laisser des doutes; les inflammations chroniques, abcès enkystés et les tumeurs syphilitiques, gommes, etc. A. CARTAZ.

W.-P. MEYJES. Angina epiglottidea anterior (*Journ. of laryng.*, *mars 1897*).

Exemple de cette variété d'angine décrite par Meyer (*Cent. f. Med. Wiss.*, 1878).

Homme de 41 ans, se plaignant de mal de gorge, déglutition difficile, fièvre, sans troubles de la voix. Rougeur des piliers; surface antérieure de l'épiglotte rouge, énormément tuméfiée; gonflement des ligaments glosso-épiglot-

tiques, face postérieure de l'épiglotte rouge. Résolution rapide sous l'influence de la glace intus et extra et de pulvérisation à l'ichtyol. A. CARTAZ.

I. — Scott BISHOP. Hay fever and its successful treatment (*The Laryngoscope, I, p. 21*).

II. — CHEATHAM. Hay fever, the best treatment for stay at homes (*Ibid., p. 225*).

III. — W. BULETTE. Treatment of hay fever (*Med. fornightly, sept. 1896*).

I. — En dehors des conditions de susceptibilité nerveuse, B. regarde l'asthme des foins comme intimement lié à la surcharge d'acide urique dans le sang, et le traitement doit s'efforcer de modifier l'uricémie en même temps que le catarrhe nerveux. B. conseille l'emploi de la lithine, de la morphine et atropine à faible dose et d'un régime capable de modifier la diathèse urique.

II. — C. conseille de même un traitement constitutionnel, antirhumatismal et antigoutteux, et comme traitement local la suppression de toute sténose avec lavages alcalins.

III. — B. pense que dans une affection présentant des symptômes aussi variés, il n'y a pas de règle absolue de traitement, mais que la première médication est celle du régime, la seconde les modifications du côté du nez. A. CARTAZ.

I. — GRIFFIN. Two cases of an enlarged ascending pharyngeal artery (*Med. Record, 15 août 1896*).

II. — MAC BRIDE. Pulsating vessels in the pharynx (*Edinburgh med. Journ. déc. 1896*).

I. — Chez une femme de 49 ans, syphilitique, venant le consulter pour un phlegmon de l'amygdale, G. a observé une tuméfaction pulsatile située sur le côté droit du pharynx et formée par l'artère pharyngée ectasiée sur une longueur de 3 centimètres environ. Chez une autre femme de 45 ans, atteinte de catarrhe nasal, on percevait, à l'examen du pharynx, l'artère pharyngienne gauche considérablement dilatée sur une longueur de 2 centimètres environ; son volume avait atteint celui d'un crayon.

II. — Des trois cas signalés ici par M. B., l'un doit être franchement exclu puisqu'il s'agissait, non d'une dilatation artérielle mais bien d'un kyste amygdalien. Un autre cas est simplement indiqué; il concernait une femme de 67 ans, atteinte d'ectasie des artères pharyngiennes plus prononcée à droite qu'à gauche. Enfin, le troisième fait est relatif à une femme de 61 ans, se plaignant de continuels bourdonnements d'oreilles. A l'examen de cette malade, on remarquait que presque toutes les artères étaient animées de pulsations très marquées, carotides, sous-clavières, trachéales, tibiales, etc.; il en était de même pour les artères pharyngiennes, l'anomalie était plus marquée à gauche qu'à droite. CART.

BROCA. Polype muqueux naso-pharyngien (*Gaz. hebd. Paris 14 janv. 1897*).

Leçon clinique sur un cas de polype *muqueux* du pharynx chez un jeune garçon de 11 ans, chez lequel on avait enlevé antérieurement plusieurs polypes muqueux des fosses nasales. Le polype avait le volume du doigt et fut enlevé à l'anse métallique sans aucun incident. A. CARTAZ.

I. — B. FRAENKEL. Carcinomen der vorderen Pharynxwand (*Berlin. klin. Woch., p. 505, 1er juin 1896*).

II. — J. HERZFELD: Carcinom des Pharynx (*Ibid., p. 680, 27 juill. 1896*).

I. — Les cancers de la paroi antérieure du pharynx, c'est-à-dire ceux de la muqueuse qui tapisse la face postérieure des cartilages aryténoïde et cricoïde ne sont souvent diagnostiqués que très tard, surtout quand au lieu de former des tumeurs en crêtes de coqs, ils ne donnent lieu qu'à une induration diffuse. Parfois les premiers phénomènes appréciables au laryngoscope sont ceux d'une périchondrite aryténoïdienne ; l'un des cartilages aryténoïdes est immobile, a perdu sa forme élancée, la muqueuse qui le revêt est infiltrée.

Le malade de Fraenkel offre à l'extérieur, du côté gauche du cou, au niveau des cartilages thyroïde et cricoïde, une tumeur dure, un peu mobile, de la grosseur d'un petit œuf de poule et ayant un bord antérieur tranchant. Le malade n'en éprouve aucun trouble ; sa voix est seulement un peu voilée. L'épiglotte a la forme d'un oméga constituant une gouttière dont les bords sont enroulés sur eux-mêmes et se touchent presque, en gênant la vue du larynx. Le côté gauche du larynx est immobile ; les bords internes de la base du cartilage aryténoïde et de l'apophyse vocale sont sur la ligne médiane ; l'aryténoïde est gonflé, les cordes vocales supérieure et inférieure sont infiltrées ; le côté gauche du larynx forme une voussure qui n'est pas appréciable à l'extérieur par le palper ; dans la région du sinus pyriforme, on aperçoit de vastes surfaces ulcérées, d'un blanc grisâtre, onctueux.

II. — Homme de 52 ans, présentant un cancer inopérable du pharynx. Début il y 2 mois seulement par une légère dysphagie. Aujourd'hui encore, malgré l'étendue des lésions, le malade n'a aucun trouble respiratoire et avale facilement. La paroi postérieure du pharynx, l'espace naso-pharyngien et le larynx sont encore libres, mais la totalité du voile palatin, la luette comprise, est englobée dans la masse morbide, en sorte que la configuration de l'isthme est absolument méconnaissable et que l'immobilité des piliers s'oppose à la rhinoscopie postérieure ; à gauche, les lésions s'étendent jusqu'au vestibule du larynx ; l'espace libre pour la déglutition ne dépasse pas 5 millimètres.

J. B.

VERSTRAETE. Observations d'abcès rétro-pharyngiens chez des enfants (*Nord méd., p. 35, 1er fév. 1897*).

V. relate 5 cas d'abcès rétro-pharyngien chez des enfants de 5 semaines, 8, 13, 15 et 18 mois. Dans un cas il y eut résolution, dans un cas ouverture spontanée, dans deux cas incision par le pharynx, dans le dernier cas, enfant de 8 mois, ouverture par incision cervicale, suivie de mort.

A. CARTAZ.

A. CLOPATT. De l'abcès rétro-pharyngien aïgu (*Finska läkär. handlingar, nov. 1896*).

1° Garçon âgé de 6 mois, nourri au sein. Début par de la toux, un rhume de cerveau et de la fièvre. A la palpation de la paroi postérieure du pharynx, tumeur d'une consistance élastique, tendue, environ à la hauteur de la base de la langue. Guidé par l'index gauche, l'opérateur fait une incision. On incline l'enfant en avant pour faire sortir le pus et le sang dont la bouche s'était im-

médiatement remplie, puis on élargit l'incision qui n'était que d'un centimètre, et on lave la bouche et le pharynx. Dès le lendemain, l'enfant prend le sein, bien que la nuit eût été agitée. Guérison complète.

2° Garçon de 1 an, traité d'abord médicalement et trouvé quelques jours plus tard cyanotique, ronflant pendant la respiration et incapable d'avaler quoi que ce soit. L'exploration digitale prouva la présence d'un abcès rétro-pharyngéal qui fut guéri par l'incision.

3° Fillette de 2 mois, ayant souffert, dès la naissance, d'embarras gastrique et, il y a cinq semaines, d'un écoulement purulent de l'oreille droite lequel avait duré 15 jours. Nourrie à la fois au sein et au biberon. Depuis quelque temps, diminution de l'appétit, agitation, respiration ronflante. L'examen montra au côté droit du pharynx une tumeur qui fut guérie par l'incision.

4° Garçon de 2 ans, a perdu l'appétit depuis un mois, ne peut presque rien avaler depuis 8 jours. Pas de troubles respiratoires. Abcès rétro-pharyngien à la ligne médiane ; incision ; guérison.

5° Fillette de 18 mois, traitée déjà pour une affection rachitique. Agitée depuis une semaine ; début par la fièvre. Les derniers jours, le côté droit du cou s'était enflé. Diminution de l'appétit, mais sans troubles de déglutition ou de la respiration. A la paroi postérieure du pharynx on voit à droite et on sent une tumeur de la grandeur d'une noix. La langue est déprimée avec une spatule, l'incision se fait sous le contrôle de l'œil ; guérison.

6° Fillette de 4 mois, nourrie au sein. Depuis quelque temps difficulté de déglutition ; le lait sort par la bouche et le nez. Au pharynx, à droite, une tumeur élastique ; une première incision guidée par le doigt amène un soulagement. Mais les symptômes s'étant reproduits et l'abcès s'étant de nouveau rempli au bout de quelques jours, on fut obligé de faire une deuxième incision ; guérison. H. FRENKEL.

HOLZ. Pseudo-leucémie du pharynx (*Berlin. klin. Woch., n° 37, p. 834, 14 sept. 1896*).

1° Forme aiguë. Dans un cas de pseudoleucémie, H. a vu se produire, par attaques périodiques, un œdème intense et généralisé du pharynx tel que la luette serrée entre les deux piliers antérieurs était poussée en avant, sous forme de ballon, et que le malade en éprouvait une gêne considérable pour respirer et avaler. Sous l'action de l'arsenic, cet œdème rétrocéda en 36 heures et n'eut aucune influence sur l'issue fatale. Holz considère ce fait comme un exemple d'infiltration lymphomateuse aiguë du pharynx.

2e Forme chronique. Garçon de 8 ans. Le sang présente une augmentation considérable des cellules éosinophiles et des globules blancs en général ; les hématies nucléées sont très nombreuses. Chez cet enfant, le gonflement du larynx, depuis quelques mois, entrave considérablement la respiration, surtout la nuit. Tout le voile du palais est jaune gris, finement bosselé, comme granuleux ; la luette est boursouflée et fait saillie dans la cavité buccale ; les piliers antérieurs sont très tuméfiés, tandis que les amygdales sont à peine atteintes. Outre le stertor, il existe un enrouement considérable. Mais l'examen larynx et du pharynx nasal, à l'aide d'instruments, est impraticable, à cause des sécrétions muco-purulentes profuses et de la sensibilité de l'enfant. Au toucher digital, l'arcade du palais paraît indurée et épaisse, mais une fois cette résistance vaincue, le pharynx nasal semble normal. Toutefois, depuis quelques jours est survenue de la surdité. De chaque côté du cou, adénites énormes ; de même dans le péritoine rétrocœcal. Rate de volume normal, aucune sensibilité du squelette, L'infiltration lymphomateuse chronique du pharynx n'a pas encore été signalée dans la leucocythémie purement ganglionnaire. J. B.

R. BOLDE. Sarcome du voile du palais guéri par le traitement arsénical (*Journal méd. Bordeaux, p. 396, 6 sept. 1896*).

Dans un cas de tumeur du voile du palais qui n'avait pas disparu par le traitement antisyphilitique et que l'on a supposé être un sarcome, on a fait des injections d'une solution d'arséniate de soude à 1 0/0. Dans l'espace de 6 semaines, 84 centigrammes de ce sel furent injectés; le malade a guéri et augmenté de poids (9 kilos). OZENNE.

L. GOURE. L'amygdale de Meyer : bactériologie des tumeurs adénoïdes (*Thèse de Paris, 1897*).

Etude générale des végétations adénoïdes dans laquelle il faut signaler l'examen bactériologique de 201 cas. Cet examen pratiqué avec soin, après avoir essuyé la surface, pour enlever le mucus adhérent, n'a révélé dans aucun cas la présence du bacille de Koch et cependant dans 30 cas il existait de la tuberculose collatérale, 18 fois de la tuberculose héréditaire et 17 fois de la tuberculose personnelle.

L'examen a révélé du streptocoque, jamais pur et associé, 37 fois; le staphylocoque, 60 fois pur, 69 fois associé; des cocci purs, 41 fois, associés, 54 fois; le pneumocoque, 3 fois; le leptothrix buccalis, 2 fois. G. conclut que s'il existe des végétations tuberculeuses, ce doit être d'une extrême rareté, puisqu'il n'en a pas rencontré dans 201 cas.

A. CARTAZ.

L. DECLAIRE. Des troubles nerveux en rapport avec la présence des végétations adénoïdes chez l'enfant (*Thèse de Paris, 1897*).

D. étudie, dans ce travail les accidents nerveux qui peuvent être rattachés, dans certains cas, à la présence de végétations adénoïdes. Tels sont la toux, la laryngite striduleuse (27 fois sur 90 cas), l'asthme; les céphalées (6 fois sur 90), les terreurs nocturnes, l'incontinence d'urine. L'ablation des végétations amène parfois la guérison de ces accidents, en tout cas, favorise le rétablissement de la santé générale. A. CARTAZ.

P. HEYMANN. Des paralysies toxiques du larynx (*Arch. int. de lar., IX, p. 585*).

Dans ce travail, H. montre, par la recherche et l'étude attentive de tous les cas publiés, combien sont rares ces paralysies laryngées. Les plus fréquentes et les plus probantes sont les paralysies saturnines. Il en publie 3 nouveaux cas :

1° Homme de 22 ans, peintre en bâtiments, maniant la céruse. Lésions classiques de saturnisme; coliques, paralysie radiale, liseré, etc. Aphonie; paralysie de la corde vocale gauche, abducteurs; parésie de la corde droite. Guérison en 3 mois, par l'iodure, la noix vomique, l'électricité. 5 mois plus tard, rechute avec paralysie plus accentuée des dilatateurs. Même traitement. Guérison.

2° Homme de 47 ans, peintre; saturnisme. Aphonie par paralysie du crico-aryténoïdien latéral gauche.

3° Femme de 19 ans, fabricant des fleurs artificielles. Saturnisme. Enrouement, respiration gênée par parésie des crico-aryténoïdiens postérieurs. Gérison en 2 mois par le même traitement.

H. cite encore un cas de paralysie de la corde gauche et de parésie de la corde droite par l'arsenic. A. CARTAZ.

GOUGUENHEIM et PLICQUE. Un cas de crise laryngée chez un tabétique (*Ann. mal. de l'or., déc. 1896*).

Observation intéressante de crise laryngée survenue chez un tabétique âgé de 59 ans, très nerveux, probablement à l'occasion d'un traitement par l'iodure de potassium. Le malade avait de la paralysie bilatérale des abducteurs et les spasmes dyspnéiques éclatèrent sous l'influence du nervosisme et de l'iodure, cessant dès que le médicament fut supprimé. A. CARTAZ.

L. FAYOLLE. Ictus laryngé (*Lyon méd., 31 janv. 1897*).

F. rapporte 6 nouveaux cas d'ictus laryngé chez des sujets de 40 à 50 ans, n'ayant aucune tare épileptique mais presque tous arthritiques et souffrant de bronchite ou catarrhe bronchique plus ou moins intense; un seul était tabétique.

F. admet la théorie de Garel et considère l'ictus comme un phénomène nerveux réflexe émané du nerf laryngé supérieur, les quintes de toux déterminant un trouble de la circulation cérébrale et la perte de connaissance. A. CARTAZ.

REFSLUND. Ueber Respirationstörungen in Folge..... (Troubles respiratoires à la suite de malformation de l'épiglotte) (*Münch. med. Woch., n° 48, p. 1122, 1er déc. 1896*).

Enfant de 2 mois et demi, atteint de tirage intense, meurt d'asphyxie. A l'autopsie on trouve l'épiglotte formée de deux plaques minces se touchant par leurs faces internes ; en sorte que l'ouverture du larynx présente une forme lozangique et est fortement rétrécie ; pour le reste, le larynx semblait normal. C. LUZET.

HEPP. Étude sur une forme de laryngite aiguë de l'enfance simulant le croup d'emblée (*Gaz. des hôp., 2 mars 1897*).

H. publie 6 observations de laryngite aiguë, chez de tout jeunes enfants, s'accompagnant de dyspnée, de tirage, nécessitant le tubage dans un cas de trachéotomie et simulant tout à fait le croup d'emblée. L'examen du mucus pharyngien ne révèle aucune infection diphtérique. Il s'agit là d'une laryngite aiguë avec tuméfaction de la muqueuse, peut-être léger œdème (car l'examen laryngoscopique n'a pu être fait et l'on sait qu'il est souvent impraticable chez de très jeunes enfants). Cette forme de laryngite dont Touchard a publié déjà des exemples (voy. *R. S. M.* XLIII, 702) se caractérise par la dyspnée avec attaques de suffocation, la voix éteinte et des signes de catarrhe trachéo-bronchique.

A. CARTAZ.

SALZBURG. Giebt es eine Laryngitis hemorrhagica (*Archiv f. Laryng.*, *V*, *p. 296*).

Existe-t-il une laryngite hémorragique? S. est d'avis de ne regarder comme telle que les hémorragies survenant dans les conditions d'une muqueuse intacte, excluant celles d'origine traumatique, nerveuse, hystérique. Il admet comme cause l'hyperplasie de la muqueuse, avec dilatation des vaisseaux, rupture de leurs parois. C'est un catarrhe du larynx avec exsudation sanguine à la surface ou en dessous de la muqueuse.

A. CARTAZ.

C. CLOSEL. Ouverture des abcès dans la trachée (*Thèse de Paris*, *1897*).

Les perforations de la trachée se font à deux niveaux: 1° au niveau du cou, dépendant d'abcès de cette région; 2° au niveau du médiastin, suite de lésions des ganglions trachéobronchiques ou de pleurésies purulentes médiastinales. Ces perforations siègent surtout à droite. A la suite d'abcès du médiastin, elles donnent lieu à une vomique; dans les autres cas les symptômes peuvent être obscurs. La perforation de la trachée par un abcès se reconnaît à des symptômes broncho-pulmonaires, à la pénétration de l'air et à la réductibilité parfaite de la tumeur. Le pronostic est grave en raison de la cachexie du sujet, de la longue durée de l'affection, lorsque ne surviennent pas des complications plus graves, infections ou hémorragies. A. C.

COLLET. Troubles laryngés dans un cas probable de sclérose en plaques (*Lyon méd.*, *24 janv. 1897*).

Homme de 24 ans, atteint d'une affection qui semble se rapporter à la sclérose en plaques. En dehors des signes particuliers, la phonation est saccadée, interrompue. A l'examen du larynx, on constate des oscillations très marquées des cordes vocales, surtout quand le malade veut émettre un son; c'est un véritable tremblement. A. CARTAZ.

R. BOTEY. Les injections trachéales de créosote et de gaïacol dans la tuberculose laryngo-pulmonaire (*Annales mal. de l'or.*, *janv. 1897*).

B. rappelle la tolérance de la trachée pour les injections liquides et les expériences qu'il a pratiquées jadis. (*Acad. des Sc.*, 21 juil. 1890). Il a depuis traité systématiquement par ce procédé un certain nombre de tuberculeux; il injecte directement dans la trachée de 3 à 5, 10 grammes d'une solution à 1 ou 2 0/0 de créosote ou de gaiacol dans l'huile d'olive. La tolérance se fait en général assez rapidement, et les malades peuvent tolérer jusqu'à 40 et 50 grammes de solution. Ces injections provoquent de la toux qui fait rejeter une partie du liquide. Dans certains cas, B. a fait l'injection par une ponction de la trachée à travers le cou. La plupart des malades ont retiré de cette pratique une amélioration plus rapide qu'en prenant les médicaments par simple ingestion. A. CARTAZ.

F. MASSEI. Der peritracheo-laryngeale abscess bei Kindern (*Arch. f. Laryng.*, *V*, *p. 56, et Arch. ital. di laring.*, *XVII*, *p. 11*).

M. étudie dans ce travail les abcès péritrachéaux laryngés dont il a observé 3 cas.

1° Fillette de 7 ans, tubée pour le croup. En voulant replacer un jour le tube enlevé par mégarde, M. trouve un obstacle résistant; n'ayant rien sous la main pour faire la trachéotomie et l'asphyxie devenant menaçante, il force le tube qui pénètre en donnant issue à une petite quantité de pus.

2° Une autre enfant de 5 ans avait, depuis quelque temps, sans antécédents morbides, de la dysphonie. M. trouve une paralysie de la corde vocale gauche. Les symptômes de sténose devinrent menaçants; ils étaient occasionnés par une tuméfaction de la muqueuse sous la corde paralysée et il y eut une amélioration quand le pus fut rejeté dans les quintes de toux.

3° Enfant de 4 ans, fièvre, laryngosténose, sans diphtérie, par paralysie d'une corde. Tubage pour remédier à l'asphyxie; le tube, en pénétrant, provoque le rejet de sang et de pus.

M. étudie la pathogénie de ces abcès, qu'il rattache à une adénite suppurée des ganglions péritrachéaux, notamment du groupe supérieur; il discute le diagnostic avec les diverses causes de sténose laryngée et montre combien il est parfois difficile. A. CARTAZ.

GENNES et GRIFFON. Syphilis tertiaire du larynx, gomme non ouverte du cricoïde (*Soc. anat. Paris*, *13 nov. 1896*).

Homme de 37 ans, entré à l'hôpital pour des accidents de suffocation avec tirage, sans grande altération de la voix. Syphilis il y a trois ans. Expectoration muqueuse abondante, sans bacilles tuberculeux. Intégrité de la glotte et de la portion sus-glottique du larynx. On pense à de l'adénopathie bronchique. Traitement spécifique, suspendu au bout de quelques jours pour accidents d'iodisme. Mort dans une crise de dyspnée.

A l'autopsie, le larynx ouvert par une incision médiane postérieure montre dans l'épaisseur du châton du cartilage cricoïde une gomme faisant saillie dans le larynx, recouvert par la muqueuse indemne. Le foyer contenait de la matière caséeuse, des séquestres de consistance osseuse. Hypertrophie des ganglions péri-laryngiens. Atélectasie pulmonaire. A. CARTAZ.

G. MARTUSCELLI. Di un altro tumore amiloide della laringe (*Arch. ital. di laring.*, *XVII*, *p. 23*).

M. relate un nouveau cas de cette forme rare de tumeur laryngée observée chez un jeune étudiant de 20 ans. La tumeur rosée, sessile, était située sur la partie moyenne de la corde gauche, dépassant à peine le bord libre; elle ne déterminait d'autre trouble que de l'enrouement. L'examen histologique montrait la nature amyloïde de la tumeur. (Voy. *R. S.* M., XLVIII, 696.)

A. CARTAZ.

G. Hunter MACKENZIE. Papillomata of the larynx in children (*Brit. med. Journ.*, *p. 603*, *12 sept. 1896*).

Les papillomes constituent les tumeurs du larynx les plus communes

chez les enfants : ils existent seuls ou à peu près dans les quatre premières années. Ils peuvent se produire à la suite de maladies infectieuses ou éruptives, et peut-être comme conséquence des végétations adénoïdes du pharynx.

Les opérations radicales, telles que la thyrotomie et l'ablation directe de la tumeur, donnent de médiocres résultats, les papillomes repoussent presque toujours et l'opération est à recommencer ; elle donne lieu d'ailleurs à de la sténose laryngée secondaire.

Les opérations palliatives sont le tubage du larynx et la trachéotomie. Cette dernière est de tous points préférable, pour la sécurité et la facilité d'exécution : elle donne même des résultats durables, car il est fréquent qu'au bout d'un certain temps, après l'établissement d'une canule à demeure dans la trachée, les papillomes laryngés se flétrissent et s'atrophient. H. RENDU.

W. HANSBERG. Beiträge zur Operation der Kehlkopfkrebses (*Archiv f. Laryng.*, *V, p. 154*).

Statistique portant sur 154 cas de cancer (123 hommes et 29 femmes) d'âge variant entre 20 et 79 ans. Ces cancers ont été traités : *a*) 22 par opération intralaryngée ; *b*) 52 par laryngotomie avec ablation des parties molles ; 54, par laryngectomie partielle ; 30, par extirpation totale.

La première série a donné : 4 guérisons, 0 mort ; la seconde : 7 guérisons, 19,23 0/0 de morts ; la troisième : 9 guérisons, 20,37 0/0 de morts ; la quatrième : 3 guérisons, 20 0/0 de morts ; soit une proportion moyenne de 14,93 0/0 de guérisons et 17,53 0/0 de morts. A. C.

Jean GRAND. Du sarcome du larynx (*Thèse de Toulouse, 1896*).

Le sarcome est une tumeur relativement rare du larynx ; l'auteur n'a pu en réunir que 60 observations. L'épithélioma est de beaucoup la tumeur maligne la plus fréquente. Les variétés qu'on a notées sont : le sarcome à cellules embryonnaires, le sarcome à cellules fusiformes, le sarcome à myéloplaxes. Au point de vue clinique, on peut distinguer la forme infiltrée, gagnant de proche en proche, les diverses parties de l'organe et la forme végétante. L'auteur décrit les symptômes, discute le diagnostic avec les autres tumeurs du larynx et conclut à l'ablation endolaryngée si la tumeur est très limitée, ou à la thyrotomie quand le néoplasme, ne pouvant plus être enlevé par la voie naturelle, pourra être encore enlevé en totalité. A. CARTAZ.

P. MERMET et R. LACOUR. Épithélioma tubulé du corps thyroïde, propagation laryngo-trachéale (*Soc. anat. Paris, 30 nov. 1896*).

Femme de 56 ans, entrée à l'hôpital pour un cancer du corps thyroïde, ayant amené par compression, de la raucité de la voix, de la dyspnée et des accidents de suffocation. Laryngotomie intercrico-thyroïdienne pour remédier à l'asphyxie. Envahissement progressif de la plaie par des bourgeons néoplasiques.

A l'autopsie, volumineux cancer (épithélioma tubulé) du corps thyroïde formant une gangue comprimant le larynx et la trachée. Envahissement du larynx par des traînées cancéreuses, grisâtres; bourgeons cancéreux au niveau de la plaie trachéale. Les cartilages du larynx sont eux-mêmes profondément envahis. Des deux côtés de la trachée et le long des récurrents, adénopathie volumineuse. A. CARTAZ.

R. BOTEY. La thyrotomie dans le cancer du larynx (*Archives intern. de lar., IX, p. 608*).

B. regarde la thyrotomie comme l'opération de choix pour les tumeurs malignes du larynx, à condition de faire un diagnostic précoce. C'est une opération relativement bénigne, tandis que la laryngectomie est dangereuse et souvent accompagnée, quand l'opéré résiste, à des récidives, du fait de l'étendue de la lésion. 3 observations avec succès durable.

A. CARTAZ.

Louis SEGUIN. De l'œdème aigu primitif du larynx (*Thèse de Paris, 1896*).

Sous cette dénomination, S. comprend : 1° les œdèmes angionévrotiques; 2° les œdèmes infectieux. Ceux-ci peuvent se diviser en œdème avec suppuration qui correspond aux cas décrits sous le nom de laryngite phlegmoneuse, abcès du larynx, et en œdème séreux. Une seule observation inédite. A. CARTAZ.

Raoul BAYEUX. Tubage du larynx dans le croup, auto-intubation, pathogénie, prophylaxie (*Presse méd., 20 janv. 1897*).

Étude clinique et expérimentale fort intéressante sur l'expulsion spontanée du tube après le tubage. B. montre par une analyse des principales statistiques, que cet accident se présente encore assez fréquemment et qu'il y a danger à laisser sans surveillance un enfant tubé. Une série de recherches anatomiques lui a permis d'établir que la portion rétrécie du larynx se trouve au niveau du cricoïde; tout tube dont le renflement ne dépassera pas cet étranglement, sera facilement rejeté, quelle que soit sa longueur. Ce ne sont point les cordes vocales qui maintiennent le tube en place, c'est l'anneau rétréci formé par le cricoïde. Pour assurer la fixation du tube il faut trouver une adaptation aussi parfaite que possible de leur forme et de leurs dimensions à celles de l'anneau tricoïdien : c'est ce qu'a réalisé l'auteur en faisant construire des tubes à renflement particulier et en leur donnant une gradation particulière. A. CARTAZ.

G. GUILLAUME. De l'intubation laryngée dans le croup (*Thèse de Paris, 1897*).

Etude comparée du tubage et de la trachéotomie, des avantages et des complications de cette méthode d'après 27 cas observés à l'hôpital de Rouen. Sur ces 27 cas, 26 ont eu une injection de sérum; 27 ont été tubés et un trachéotomisé, le tubage n'ayant pas suffi. G. compte 23 guérisons et 4 décès, dont 1 pendant l'opération. A. CARTAZ.

COLLET. Des troubles olfactifs dans les maladies de l'oreille (*Lyon méd., 7 fév. 1897*).

C. a rencontré des altérations de l'odorat, diminution plutôt qu'anosmie, dans la plupart des cas d'affections de l'oreille; elles sont plus fréquentes dans les cas de sclérose. Ces troubles résultent des affections nasales qui accompagnent ou mieux précèdent les lésions de l'oreille. C. se demande si dans la forme scléreuse les lésions nasales et les lésions auriculaires ne seraient pas l'expression d'une lésion trophique. A. CARTAZ.

G. LAURENS. Relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil (*Thèse de Paris, 1897*).

Très bon travail dans lequel l'auteur passe en revue les rapports anatomo-physiologiques qui établissent la réaction pathologique d'un organe sur l'autre, par l'intermédiaire du cerveau, du trijumeau. Il étudie à ce point de vue la physiologie des canaux semi-circulaires et le phénomène si curieux de l'audition colorée.

Les troubles oculaires observés dans les maladies d'oreilles sont très nombreux, myosis, iritis, blépharospasme, paralysie, etc., les plus fréquents sont le nystagmus et la névrite optique.

Ces accidents oculaires s'observent dans les affections des divers segments de l'appareil auditif, en particulier du conduit auditif externe, dans les otites moyennes suppurées, compliquées ou non de mastoïdite, de méningite, d'abcès cérébral, de thrombose des sinus. Ils sont dus, soit à une propagation indirecte par l'intermédiaire du cerveau et de ses enveloppes, soit à des troubles réflexes, soit à une propagation vasculaire sanguine (troubles infectieux). Quand ils existent, ils sont d'une importance capitale pour le diagnostic et pour l'intervention chirurgicale. Bibliographie complète. A. CARTAZ.

MARTHA. Note sur une cause d'otite des nouveau-nés (*Revue d'hyg., XVIII, mai 1896*).

Martha relate un cas d'otite externe suppurée chez une fillette de 4 mois, par suite de la régurgitation (l'enfant étant dans son berceau) du lait qui avait coulé sur la joue jusque dans son oreille. Les deux oreilles ont été successivement prises pour la même raison. L'enfant était nourrie avec du lait stérilisé. J. B.

WODON. Otite moyenne aiguë purulente, compliquée de mastoïdite, guérie par le sérum antistreptococcique (*Presse méd. belge, p. 346, 1er nov. 1896*).

Fillette de 8 ans, atteinte d'otite moyenne suppurée avec écoulement abondant de pus (streptocoque), complications de mastoïdite, et, signes généraux : pouls 140, température 39°,5 à 41°, céphalée, agitation, etc. Injection de 20 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Dès le lendemain, amélioration, température à 38°, le 3e jour température normale ; la mastoïde n'est plus douloureuse, l'écoulement diminue et, en 10 jours, la guérison était complète. A. CARTAZ.

EBSTEIN. Einige Bemerkungen zur Lehre vom Ohrenschwindel (Quelques remarques sur la théorie du vertige auriculaire) (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LVHI*, *p. 1*, *1896*).

L'auteur, à l'appui des rapports du vertige auriculaire avec la goutte, le rhumatisme, l'influenza, etc., rapporte les observations suivantes, qui peuvent éclairer son diagnostic avec le vertige stomacal.

1° Homme de 30 ans, obèse, avec tendances dyspeptiques, a, au printemps 1895 ou 96, deux légers accès de goutte, accompagnés de signes fonctionnels assez forts du côté du cœur. Depuis mai 1895, série d'accidents présentant le caractère de vertige de Ménière. Actuellement, peu d'obésité; en outre, constipation et pas de bourdonnements d'oreille.

2° Goutteux, 65 ans, apparition des vertiges soi-disant à la suite d'une chute; ces vertiges, après de longues années, se sont accrus à la suite d'une inflammation pulmonaire et se sont compliqués de troubles gastriques. En même temps survint une affection de l'oreille ; Bürkner a constaté dans le tympan des dépôts calcaires (probablement uratiques).

3° Fille de 48 ans, malade d'influenza en 1890; à la suite se développent des vertiges tantôt avec nausées et vomissements, tantôt isolés. Surdité presque complète de l'oreille droite. Mort par épuisement. Pas d'autopsie.

4° Fille de 58 ans, atteinte de vertige auriculaire depuis un an. Otite moyenne double, avec augmentation de la pression labyrinthique. Tuberculose pulmonaire et diabète concomitants.

5° Homme de 48 ans, surdité profonde, sans cause appréciable, depuis 6 mois, cinq accès de vertiges depuis lors, avec troubles gastriques et pertes de connaissance. Névralgie sus-orbitaire, troubles de la vue et coprostase.

6° Homme de 33 ans, ayant eu des terreurs nocturnes jusqu'à 12 ans. Douleurs rhumatoïdes depuis quelques années. Il y quelques mois un accès de perte de connaissance précédé de vertiges et suivi de vomissements. Auparavant, surdité qui s'exagéra après l'accès. Otite moyenne chronique.

7° Surdité complète chez une femme de 58 ans, malade des oreilles depuis la jeunesse. Malgré la surdité complète, vertiges auriculaires des plus intenses.

C. LUZET.

R. BOTEY. Traitement des vertiges, des bourdonnements et de quelques affections du labyrinthe par la ponction de la fenêtre ronde suivie d'opération (*Ann. mal. de l'or.*, *déc. 1896*).

B. propose, dans les cas de vertiges, bourdonnements dûs à des signes évidents d'excès de pression labyrinthique, de faire la ponction de la fenêtre ronde et d'aspirer une certaine quantité de périlymphe. Les expériences sur les animaux et sur le cadavre montrent que l'opération, quoique délicate, peut se faire assez facilement. Si on ne remédie pas à la perte de l'audition, on supprime les inconvénients du vertige et des bruits. Une seule observation clinique.

A. CARTAZ.

Georges GELLÉ. L'eau oxygénée en oto-rhinologie, son rôle hémostatique et antiseptique (*Bull. Soc. franc. d'otol.*, *XII*, *p. 351*, *et Arch. int. de lar.*, *IX*, *p. 458*).

Dans cet intéressant travail, après avoir étudié les propriétés pharmacologiques de l'eau oxygénée et ses applications thérapeutiques antérieures, G. montre par de nombreuses expériences que cet agent n'est pas toxique, qu'il possède à un haut degré des propriétés hémosta-

tiques. Il faut employer une eau légèrement acide, à 10 ou 12 volumes d'oxygène. Dans l'oreille, elle donne, après un bain de quelques minutes, un nettoyage rapide et complet. Pour le nez, elle donne, dans les épistaxis ou les hémorragies opératoires, une hémostase presque instantanée. sans grandes douleurs; un simple tampon d'ouate imbibé d'eau oxgénée suffit, et ce tampon laissé en place, même 48 heures, n'a aucune odeur.

A. CARTAZ.

V. COZZOLINO. Otite media piogena cronica, endomastoidite..... (*Poll. mal. dell' orecchio, XV, p. 2*).

Observation d'un malade de 40 ans, atteint d'otite moyenne suppurée chronique. Ouverture de la mastoïde, qui contient du pus et des fongosités, avec envahissement de la caisse. En enlevant les séquestres, ouverture du sinus latéral; arrêt de l'hémorragie par tamponnement. Les jours suivants, en renouvelant le pansement, on constata qu'il s'agissait d'une périostite nécrosique avec abcès sous-duremérien. Guérison. A. C.

I. — LUC. Contribution à l'étude des mastoïdites de Bezold (*Arch. int. de lar., X, p. 4*).

II. — LICHTWITZ. Un cas de mastoïdite de Bezold (*Ibid., p. 439*).

III. — TISSOT. Un cas de de mastoïdite de Bezold (*Dauphiné méd., 1er mai 1896*).

IV. — RIVIÈRE. Phlébite des sinus et septico-pyohémie consécutive aux anciennes suppurations de l'oreille (*10e Cong. de chir. Paris, p. 273*).

V. — HAMON DU FOUGERAY. Étude sur les abcès du cou consécutifs aux inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne (*Ibid., p. 364, 1896*).

VI. — Aug. BROCA. Trépanation pour abcès du cerveau d'origine otique (*Ibid., p. 268, 1896*).

VII. — Le même. Abcès du cou consécutifs aux otites moyennes suppurées (*Arch. int. de lar. IX, p. 571*).

I. — Homme de 56 ans, atteint d'otite suppurée depuis 3 mois. Syphilides pharyngées ne permettant pas le cathétérisme. Fluctuation dans la région mastoïdienne. Le 30 novembre, incision sur la mastoïde, écoulement abondant du pus; l'os n'est pas lésé. L. fait néanmoins l'antrectomie et trouve une cavité pleine de pus allant jusqu'à la pointe de la mastoïde. Les jours suivants, on constate un énorme gonflement cervical dont la pression refoulait le pus dans l'antre, avec léger sphacèle du tissu cellulaire. L'examen de l'urine révèle un diabète séreux (44 grammes de sucre par litre). Nouvelle opération pour ouvrir le foyer purulent qui a fusé le long de la gaine du sterno-mastoïdien. Malgré cette intervention, mort le 7 décembre.

Après avoir relaté ce fait, L. étudie, d'après les cas connus (19) cette lésion. C'est moins une complication de l'otite et de la suppuration de l'antre que des cellules mastoïdiennes de la pointe. Parti de ce point, le pus a tendance à fuser soit dans la gaine des gros vaisseaux, soit en arrière du sterno-mastoïdien. L. insiste sur les points propres à faciliter un diagnostic précoce et conclut à une intervention rapide, portant à la fois sur le foyer cervical et sur le point de départ, la pointe de la mastoïde.

II. — Dans le cas de Lichtwitz, il s'agit d'un homme de 44 ans, atteint d'otite suppurée gauche en octobre 1894. L. le voit en 1895. Il existe une per-

foration du tympan, mais de plus de la mastoïdite et un foyer cervical qui se vide par l'oreille lorsqu'on la comprime. Opération le 21 juillet. Ouverture de l'antre et du foyer cervical; résection du sommet de l'apophyse. Guérison sans incidents. A. CARTAZ.

III.—Homme de 35 ans atteint, dans le cours d'une grippe, d'une otite moyenne avec perforation du tympan, suppuration abondante et fusée purulente le long de la gaine du sterno-mastoïdien. Méningo-encéphalite au début. Incision des téguments sans trépanation de l'apophyse mastoïde. Mort; à l'autopsie on trouve les lésions de la méningo-encéphalite et les cellules mastoïdiennes nécrosées. Dans ce cas, il faut remarquer que le pus venant de la caisse a perforé l'os au niveau de la fossette d'insertion du digastrique et a fusé le long du sterno-mastoïdien. OZENNE.

IV. — Rivière rapporte quatre observation de ces complications, dont trois suivies de décès. La guérison opératoire a été obtenue, après curetage du sinus, chez un tuberculeux. Des trois décès, l'un est survenu par infection du sinus, qui avait été ouvert au cours de l'opération, et les deux autres par infection purulente, sans signes locaux de phlébite, à la suite de l'ouverture de l'antre. L'auteur rappelle la fréquence des complications cérébrales dans les suppurations de l'oreille, les difficultés du diagnostic et la nécessité de faire un traitement préventif en ouvrant l'antre et la caisse, cette opération ne dût-elle rester qu'explorative. OZENNE.

V. —H. croit ces abcès plus fréquents qu'on ne le pense. D'après leur évolution pathogénique, on peut les diviser en trois classes : 1° abcès par rruption dans les tissus sous-jacents à travers une perforation de la paroi interne ; 2° abcès consécutifs à une thrombose veineuse ; 3° abcès par propagation par les lymphatiques, adéno-phlegmons.

A la première variété seule appartient le nom de mastoïdite de Bezold. H. relate les cas omis par Luc ou publiés depuis son travail, appartenant à cette forme; plusieurs observations, dont une inédite (Brindel) de thrombose de la jugulaire et 5 cas qui lui semblent bien être des adénophlegmons. Il discute la question du diagnostic souvent embarrassant au début et conclut à une intervention rapide.

VI. — Fille de 14 ans, vue en mars 1896. Otite moyenne gauche suppurée persistant depuis 3 ans, malgré l'ablation de tumeurs adénoïdes. Amygdale droite normale, amygdale gauche énorme. En juin, fièvre, douleurs mastoïdiennes, calmées par l'ouverture spontanée d'un abcès de l'oreille. Du 7 au 10, somnolence, fièvre, écoulement non fétide, pas de douleur mastoïdienne. Cet état persiste avec intervalles de rêves, de lucidité, mais le 13 la parole est difficile, l'hébétude plus prononcée. Il y a de plus de la paralysie faciale. Le pus contient du streptocoque.

Trépanation de l'apophyse et de la caisse, où l'on trouve du pus concret et des masses cholestéatomateuses. Plus d'osselets. Le crâne est attaqué ; la dure-mère est saine mais bombe légèrement. Ponction de l'écorce cérébrale ; pus abondant, très fétide. Le coma disparaît le lendemain, la paraphasie et la paralysie faciale disparaissent successivement. Guérison.

VII. — B. ne croit pas la mastoïdite de Bezold aussi fréquente qu'on le croit ; elle est exceptionnelle chez l'enfant; il n'en a eu qu'un cas sur 200 opérations de mastoïdite. Sa gravité tient surtout à ce qu'elle est méconnue et les lésions sont déjà avancées quand on intervient. Son diagnostic est difficile en raison de sa rareté et parce qu'elle peut être simulée par des lésions qui en diffèrent : les abcès phlébitiques ou ganglionnaires d'origine otique et les abcès latéro-pharyngiens ouverts dans l'oreille. B. publie une observation d'ostéite du rocher, suite d'otite

moyenne chronique, qui s'accompagna d'un abcès maxillo-pharyngien ossifluent. L'abcès fut ouvert mais le malade succomba, 3 jours après l'opération, à une ulcération de la carotide interne provoquée par la suppuration.

A. CARTAZ.

POULSEN. Ueber cerebrale Erkrankungen bei der Otitis media (*Archiv für klin. Chir.*, *LII*, *2 et 3*, *p. 555*, *1896*).

D'après Poulsen, qui a étudié les cas d'otite moyenne compliquée d'affections cérébrales observée pendant le cours de 25 ans à l'hôpital communal de Copenhague, on peut ranger en 3 groupes les complications cérébrales de l'otite moyenne :

1° Les *abcès cérébraux*. — Sur 17 cas observés par Poulsen, 12 fois l'abcès occupait le lobe temporal, 4 fois le cervelet, 1 fois le lobe occipital et le cervelet. Parmi les symptômes, il y a à noter le ralentissement du pouls, l'œdème papillaire, les alternatives de lucidité, de somnolence et de manifestations graves accompagnant toute affection cérébrale. L'aphasie indique un abcès du côté gauche; l'hémiplégie d'un côté révèle un abcès du cerveau du côté opposé. Les abcès du cervelet peuvent n'avoir aucun symptôme particulier. L'opération comprend la trépanation suivie de l'évacuation et du drainage de l'abcès. Chez 5 opérés, 3 guérisons.

2° La *thrombose du sinus transverse* ne présente souvent aucun symptôme particulier. Le diagnostic cependant s'impose quand, avec une forte fièvre, un pouls rapide, frissons répétés suivis de métastases dans différents organes, on constate de l'œdème de la région mastoïdienne, des paupières, de la conjonctive, s'accompagnant parfois d'exophtalmie. La thrombose de la veine jugulaire externe ou interne est assez rare. La mort peut être la conséquence d'une hémorragie ayant sa source dans le sinus. Le traitement consiste dans la résection de l'apophyse mastoïde, suivie de l'ouverture du sinus.

3° La *méningite* consécutive à l'otite moyenne affecte le plus souvent les allures classiques. En résumé, le pronostic des complications cérébrales de l'otite moyenne est très sombre.

MARCEL BAUDOUIN.

Hugo HESSLER. Die otogene Pyämie (*Iéna*, *1896*).

Monographie basée sur 398 cas d'infection purulente consécutive à une suppuration auriculaire. Hesler établit 4 groupes parmi ces observations; 1er *groupe* renfermant 64 cas d'infection purulente guéris sans intervention opératoire : 41 de ces cas étaient compliqués de métastases; 2e *groupe* comprenant 52 cas d'infection purulente avec opérations sur le sinus transverse et la veine jugulaire; 27 fois il existait des métastases; 3e *groupe* embrassant 259 cas d'infection purulente avec autopsies, dont 171 avec métastases; 4e *groupe* contenant 23 cas d'infection purulente sans autopsie, dont 17 avec métastases. Voici quelques données ressortant des 26 tableaux synoptiques de Hessler : les inflammations de l'oreille droite sont beaucoup plus dangereuses pour le cerveau que celles de l'oreille gauche.

Les malades à crâne brachycéphale doivent être opérés plus tôt que ceux à type dolichocéphale.

3 fois un simple catarrhe de la caisse du tympan a entraîné secondairement une phlébite des sinus et tertiairement une pyohémie métastatique.

La phlébite des sinus n'occasionnant pas de métastases entraîne beaucoup plus fréquemment des abcès cérébraux et des méningites que la forme de phlébite s'accompagnant de métastases.

L'examen ophtalmoscopique est inutile pour le pronostic de l'infection purulente otique. J. B.

LAUTENBACH. Oto-massage in suppuration of the ear (*Journ. Amer. med. Assoc., 3 oct. 1896*).

L. préconise le traitement suivant des affections chroniques suppuratives de l'oreille : après avoir nettoyé le méat avec une sonde garnie de coton, il nettoie de même l'oreille moyenne si la perforation de la membrane tympanique le permet, puis avec le spéculum de Siegle il aspire tout ce qu'il peut de pus et sèche de nouveau le méat ; il insuffle ensuite de l'air avec la poire de Politzer et détache ainsi quelque peu de pus qu'il enlève avec un coton sec. Le patient étant alors pourvu d'un appareil à pneumo-massage de force moyenne, augmente graduellement la succion. On parvient ainsi à chasser vers le méat presque tout l'exsudat qui adhère aux cryptes et le long des parois de l'oreille moyenne. Un nouveau nettoyage avec le coton est pratiqué, suivi d'une seconde séance de pneumo-massage, puis dernier séchage et insufflation d'une poudre siccative ou astringente, suivant les indications. Si l'exsudat est trop épais ou trop dur, on le ramollira préalablement avec une solution à 3 0/0 d'eau oxygénée.

Dans les cas aigus, L. estime que l'on doit instituer le massage par succion aussitôt que possible, c'est-à-dire dès que les douleurs seront suffisamment apaisées pour le permettre. Attendre longtemps, s'est s'exposer aux adhérences, aux ulcérations, à la destruction des tissus, résultats certains de la pression exercée par le pus et de ses propriétés corrosives.

Dans le cas de surdité consécutive à des affections suppuratives, le pneumo-massage agit en assouplissant les tissus malades sclérosés, en leur redonnant leur action et leur tonicité normales, en rompant les adhérences anciennes et en prévenant l'ankylose des articulations.

CART.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1896.

A

Abcès. — Greve. Un cas d'abcès sous-phrénique. (*Hygiea*, II, p. 29.) — Cutler. Abcès sous-phrénique. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 217.)

Abdomen. — Barbé. De la paroi abdominale postérieure et de ses aponévroses en particulier. (*Thèse de Montpellier.*) — Hamburger. Influence de la pression intra-abdominale sur la résorption dans la cavité abdominale. (*Rev. de méd.*, déc.) — Mme Gaches-Sarraute. Le corset abdominal, ses avantages dans la ptose des viscères, les hernies, etc. (*Tribune méd.*, 16 déc.) — Corselli et Frisco. Les ascites chyleuses et leur pathogénie. (*Riforma med.*, 1er déc.) — Dorsett. Similité trompeuse des symptômes dans les affections intra-abdominales. (*Amer. j. of obst.*, nov.) — Lawson Tait. La propreté dans la chirurgie de l'abdomen. (*Med. Record*, 19 déc.) — Madelung. Traitement des plaies de l'abdomen. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 695.) — Macdonald. Contusions de l'abdomen. (*Amer. j. of obst.*, nov.) Camus. Contusion profonde de l'abdomen par coup de pied de cheval, hématurie, péritonite, guérison spontanée. (*Arch. de méd. mil.*, déc.) — Faure. Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, décollement de la vésicule biliaire et hémorragie du foie, laparotomie, guérison. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 621.) — Mendy. De la valeur comparée de l'expectation armée et de la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. (*Thèse de Paris.*) — Recoules. Plaie pénétrante de l'abdomen chez un noir. (*Arch. de méd. nav.*, déc.) — Scofield. Plaie de l'abdomen par coup de pistolet ; guérison. (*J. Americ. med. Ass.*, 28 mars.) — Farayre. Des fibromes de la paroi abdominale. (*Thèse de Montpellier.*) — Carrière. Cancer abdominal. (*J. méd. Bordeaux*, 20 déc.)

Accouchement. — Edgar. La meilleure méthode d'enseignement de l'obstétrique. (*N.-York med. j.*, 14 nov.) — Barella. Sur l'accouchement secret, les maternités et la natalité. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, X, p. 837.) — Vahle. Présence de streptocoques dans le vagin des accouchées. (*Zeit.*

f. Geburts., XXXV, p. 192.) — Harvey. La position pendant le travail de l'accouchement. (*Med. Record*, 7 nov.) — Gaulard. De la conduite à tenir dans les accouchements gémellaires. (*L'abeille méd.*, 26 déc.) — Gerschun. De l'accouchement trigémellaire. (*Cent. f. Gyn.*, 26 déc.) — Stephenson. Le travail dans les grossesses gémellaires. (*Scottish med. j.*, I, p. 3.) — David. Des accouchements prématurés artificiels. (*Thèse de Paris.*) — Malzac. Conduite à tenir dans les présentations du front. (*Thèse de Montpellier.*) — Gundrum. Kola pendant le travail. (*Ther. Gaz.*, 15 déc.) — Wendeler. Accouchement d'une femme ayant subi la colpohystérotomie antérieure avec hystéropexie vaginale. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 546, 15 juin.) — Condamin. 2 cas de grossesse et d'accouchement normal après l'hystéropexie abdominale antérieure. (*Lyon méd.*, 29 nov.) — Neumann. Des incisions prophylactiques du périnée au moment du passage de la tête. (*Wiener med. Blätter.*, 44.) — Adler. Des présentations de la face en général et d'un procédé nouveau d'intervention dans certains cas en particulier. (*Thèse de Genève.*) — Strassmann. De la présentation de l'épaule et de la section de la clavicule, cléidotomie. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 135.) — Monks. Présentation de la tête et des épaules avec évolution spontanée. (*Lancet*, 28 nov.) — Noack. Du relèvement des bras dans l'extraction des pieds, son traitement ; abaissement du bras antérieur par des manœuvres externes. (*Thèse de Lyon.*) — Klien. Encore un mot sur la tête dernière. (*Cent. f. Gyn.*, 26 déc.) — Lefour. Accouchement naturel à terme dans un bassin rétréci. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 déc.) — Salus. De l'hydrocéphalie dans la présentation de l'extrémité postérieure. (*Cent. f. Gyn.*, 26 déc.) — Van Aubel. Traitement des présentations transversales irréductibles. (*Presse méd. belge*, 22 nov.) — Lavalere. Rétention fœtale pendant 5 mois. (*Lyon méd.*, 20 déc.) — Helleu. Procédé d'application du forceps permettant de se passer d'aides expérimentés. (*Thèse de Paris.*) — Edgerton. Amputation d'un sein cancéreux pendant le travail avec application de forceps. (*N.-York med. j.*, 14 nov.) — Winternitz. Les applications de forceps dans le service de Saxinger. (*Mon. f. Geburts.*, IV, 6.) — Schultz. Version ou forceps. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIV, p. 174.) — O. Schaeffer. De la dolicho et de la brachycéphalie fœtales. (*Ibid.*, XXXV, p. 19.) — Martin. Rupture d'un utérus fibromateux et du vagin pendant l'accouchement. Passage du fœtus dans l'abdomen. Forceps ; guérison. (*Normandie méd.*, 15 oct.) — Lop. Dystocie bisciatique ; présentation du siège ; forceps sur la tête dernière. (*N. Montpellier méd.*, 5 déc.) — Puech. Des états anormaux de la tête fœtale autres que l'hydrocéphalie comme complication de l'accouchement. (*Ibid.*, 12 déc.) — Flaischlen, Schülein. Des fibromes du canal cervical comme cause de dystocie. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 juill.) — Loin. Hydramnios à forme aiguë secondaire, enfant macéré, mort de la mère. (*Arch. de gyn.*, sept. et *La Clin. Bruxelles*, 3 déc.) — Olshausen. Lithopedion. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIV, p. 315.) — Charles. Multipare à terme, bassin aplati de 8 centimètres et demi, présentation de la face en droite postérieure, 6 applications infructueuses de forceps, perforation et céphalotripsie. (*J. des sages-femmes*, 16 déc.) — Tarnier. Procidence du cordon ombilical. (*Ibid.*, 16 déc.) — Hypes. Rupture spontanée de l'utérus au cours du travail. (*Amer. j. of obst.*, déc.) — Van Aubel. Nouveau procédé de décollation à l'aide du cranioclaste. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 7, p. 506.) — Thomas. De la détroncation par arrachement. (*Thèse de Toulouse.*) — Adenot. Bassin cypho-scoliotique, symphyséotomie suivie de succès pour la mère et l'enfant. (*Lyon méd.*, 1er nov.) — Swift. Un cas de symphyséotomie. (*Boston med. Journ.*, 17 déc.) — Cérésole. Etude de la symphyséotomie. (*Thèse de Lausanne.*) — Fieux. Bassin rachitique, promontoire sous-pubien de 8 centimètres et demi, symphyséo-

tomie, succès pour la mère et l'enfant. (*Arch. de gyn.*, sept.) — Donald. 3 cas de symphyséotomie. (*Edinb. med. j.*, déc.) — Rapin. 6 cas de symphyséotomie heureuse. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 368.) — Ahlfeld. Le tympanisme est-il une indication d'ablation de l'utérus dans l'accouchement? (*Zeit. f. Geburts.*, XXXV, p. 171.) — Demelin. Des infections amniotiques qui se produisent après la rupture des membranes. (*Arch. de gyn.*, sept.) — Schwab. De l'action du sulfate de quinine comme agent dystocique. (*J. de méd. Paris*, 29 nov.) — Flœrsheim. Quand et comment faut-il pratiquer la périnéorraphie après l'accouchement? (*J. des Praticiens*, 15 déc.) — Bousquet. Obturation cicatricielle de la vulve après l'accouchement remontant à 7 ans, restauration autoplastique. (*L'obstétrique*, 15 nov.)

Acromégalie. — Denti. L'acromégalie dans ses rapports avec l'organe de la vision. (*Ann. di ottalm.*, XXV, p. 619.) — Souques. Maccus, Polichinelle et l'acromégalie. (*N. Icon. de la Salpêtrière*, IX, p. 375.) — Regnault. Sur un squelette d'acromégalique. (*Soc. anat. Paris*, 4 déc.) — Dinke. L'acromégalie. (*Med. Record*, 28 nov.) — Franke. Un cas d'acromégalie avec hémianopsie temporale. (*Klin. Mon. f. Aug.*, août.) — Fournier. Acromégalie et troubles cardio-vasculaires. (*Thèse de Paris.*) — Lévi. De l'acromégalie. (*Arch. de méd.*, nov.) — Schwoner. De l'acromégalie héréditaire. (*Zeit. f. klin Med.*, XXXII, p. 202.)

Actinomycose. — Smith, Harsant et Bush. 3 cas d'actinomycose. (*Lancet*, 30 janv. 1897.) — Miklaszewski. Sur l'actinomycose thoracique. (*Kron. lek.*, p. 735.) — Job. De l'actinomycose des centres nerveux. (*Thèse de Lyon.*) — Bonnet. De l'actinomycose de la langue. (*Thèse de Lyon.*) — Poncet. Pseudo-actinomycose cervico-faciale, phlegmons suppurés de la face et du cou dus à une nouvelle mycose à gros grains jaunes. (*Arch. prov. de chir.*, IV, p. 28.) — Dumont. Actinomycose à marche rapide. (*Bull. méd. Nord*, 27 nov.) — Nacciarone. De l'actinomycose cutanée chez l'homme. (*Riforma med.*, 4 déc.) — Briau. Actinomycose chronique. (*Lyon méd.*, 6 déc.) — Bérard. De l'actinomycose de la portion sus-diaphragmatique du tube digestif. (*Bull. méd.*, 13 déc.) — Müller. Un cas d'actinomycose intestinale. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 762, 24 août.) — Latimer et Welch. Actinomycose hépatique et intestinale avec leucémie. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 328.) — Martin. Actinomycose abdominale. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXV, p. 141.) — Riedel. Cancer duodénal avec actinomycose testiculaire. (*Berlin. klin. Woch.*, 551, 15 juin.) — Kozerski. Un cas d'actinomycose cutanée guéri par l'iodure à hautes doses. (*Arch. f. Dermat.*, XXXVIII, p. 163.)

Addison (Mal. d'). — Trebitsch. D'une forme non décrite de pigmentation cutanée dans la maladie d'Addison. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 163.) — Jaccoud. Maladie bronzée d'Addison. (*L'Abeille méd.*, 10 déc.) — Ettlinger et Nageotte. Lésions des cellules du système nerveux central dans l'intoxication addisonienne expérimentale, décapsulation. (*Soc. de biol.*, 28 nov.) — Tenneson et Leredde. Acanthosis nigricans. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1276.) — Du Castel. Maladie d'Addison ou acanthosis nigricans. (*Ibid.*, p. 1282.)

Albumine, urie. — Blum. Des dérivés halogénés des albumines et de leur action physiologique. (*Münch. med. Woch.*, p. 1099, 10 nov.) — Voit. Influence de la graisse du corps sur la destruction de l'albumine à l'état de jeûne. (*Ibid.*, p. 1132, 17 nov.) — Scheich. Courte communication sur l'albumine formaldéhyde. (*Ibid.*, 20 oct.) — Inglis. Quelques points sur l'albumi-

nuric. (*Medicine*, nov.) — Verdelli et Gabbi. Sur l'albuminurie expérimentale par injection d'albumine de l'œuf. (*Arch. ital. di clin. med.*, 30 août.) — A. Keller. Influence de la diète lactée sur l'excrétion d'albumine par l'urine dans l'albuminurie cyclique. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 64.) — Chvostek et Stromayer. L'albuminurie alimentaire. (*Wiener klin. Woch.*, 19 nov.) — Haack. De l'albuminurie expérimentale. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVIII, p. 175.) — Dubois. Pathogénie de l'albuminurie prétuberculeuse. (*Soc. de biol.*, 26 déc.) — Gamulin. L'allaitement chez les albuminuriques. (*Gaz. hebd. Paris*, 11 oct. et *Arch. de gyn.*, sept.)

Alcool, isme. — Nicloux. Sur le dosage de l'alcool éthylique. (*Soc. de biol.*, 26 déc.) — Bordas et de Raczkowski. Sur le dosage de petites quantités d'alcool. (*Ibid.*, 28 nov.) — Gaulie. Rapport sur les parfums artificiels employés pour la fabrication de boissons alcooliques. (*C. R. Cons. saluh. Seine*, 18 déc.) — Baratier. L'alcool et l'enfance. (*Echo méd. Lyon*, 15 nov.) — Vallin. L'alcoolisme par l'allaitement. (*Rev. d'hyg.*, nov.) — Aschaffenburg. L'interdiction des ivrognes d'après la nouvelle loi locale. (*Münch. med. Woch.*, p. 1015, 20 oct.) — Joffroy. Les bouilleurs de cru et l'alcoolisme. (*Gaz. des hôp.*, 5 déc.) — Abbott. Influence de l'alcoolisme sur la résistance normale des lapins à l'infection. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 421.) — Laborde. L'alcoolisme. (*Rev. d'hyg.*, nov.) — Masoin. L'alcoolisme dans ses rapports avec la criminalité. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 6, p. 407.) — Joffroy. Des causes de l'alcoolisme et des moyens de le combattre. (*Gaz. hebd. Paris*, 22 nov.) — Gilbert et Grenet. Cirrhose alcoolique hypertrophique pigmentaire. (*Soc. de biol.*, 19 déc.) — Belval. La lutte contre l'alcoolisme. (*Mouv. hygién.*, oct.) — Crothers. Le traitement médical de l'alcoolisme. (*J. Americ. med. Ass.*, 7 nov.) — Cottam. Traitement du delirium tremens par le chlorure d'ammonium. (*Medicine*, nov.) — Kozintrow. La strychnine dans l'alcoolisme. (*Gaz. méd. de la Russie mérid.*, 2.)

Aliénation. — Erlitzki. Leçons cliniques de psychiatrie. (*St-Pétersb.*) — Halphide. Médecine mentale. (*Americ. med. surg. Bull.*, 7 nov.) — Parisot. Quelques considérations sur la prophylaxie des maladies mentales. (*J. de méd. Paris*, 22 nov.) — Van Gieson. Les agents toxiques dans la production des maladies nerveuses et mentales. (*N.-York Acad. of med.*, 30 oct.) — De Jong. La psychologie des idées fausses des aliénés. (*J. de neurol.*, 20 déc.) — Marro. Rapports entre la puberté, la délinquance et la folie. (*Arch. di psichiat.*, XVII, 5 et 6.) — Rohé. Quelques causes d'aliénation chez la femme. (*Amer. j. of obst.*, déc.) — Manton. Rapports des troubles viscéraux avec les désordres mentaux. (*Ibid.*) — Parisot. Quelques considérations sur la prophylaxie des maladies mentales. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 oct.) — Guilliod. Troubles de l'état mental aux Antilles. (*Thèse de Bordeaux.*) — Cramer. Etudes anatomo-pathologiques dans un cas aigu du groupe paronoia. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIX, p. 1.) — Beyer. Une forme aiguë de confusion à l'âge critique. (*Ibid.*, XXIX, p. 182.) — Donath. Etude de l'anancasmus, contrainte psychique. (*Ibid.*, XXIX, p. 211.) — Köppen. Variété particulière d'hallucinations auditives dans le délire systématisé (articulation des pensées du malade). (*Berlin. klin. Woch.*, 17 août.) — Toy. Sur un cas de mélancolie sénile avec stupeur, sitiophobie et mutisme pendant 20 mois, hypothermie, amaigrissement ; autopsie. (*Echo méd. Lyon*, 15 nov.) — Prouvost. Le délire prophétique. (*Thèse de Bordeaux.*) — Kovalevsky. Folie à deux. (*Gaz. hebd. Paris*, 13 déc.) — Friedmann. Sur le développement des idées délirantes. (*Mon. f. Psych.*, I, 1.) — Reynolds. La dégénérescence, ses causes et sa prophylaxie. (*J. Americ. med. Ass.*,

31 oct.) — Pichon. Des délires oniriques ou délires de rêves, délires infectieux et toxiques. (*Thèse de Bordeaux.*) — De Sanctis. Impulsions de collectionner. (*Soc. lancisiana Rome*, 19 déc.) — Ballet et Boubinovitch. Les persécutés processifs. (*Arch. d'anthrop. crim.*, nov. et *Ann. d'hyg.*, nov.) — Mirto. Développement anormal des muscles de la peau du thorax chez un aliéné. (*Arch. di psych.*, XVII, 4.) — Doubre. Les inculpés auto-accusateurs. (*L'Abeille méd.*, 12 déc.) — Doutrebente. De l'hospitalisation des aliénés, des épileptiques et des idiots dans le département de Loir-et-Cher. (*Arch. de neurol.*, déc.) — Garnier. Indications de l'internement suivant la forme d'aliénation. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.) — Lombroso. Démence onanique primitive guérie par la noix vomique à dose homéopatique. (*Arch. di psych.*, XVII, 4.)

Alimentation. — Brandenburg. De l'alimentation avec les préparations de caséine. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVIII, p. 71.) — Macphail. L'alimentation artificielle des enfants. (*Brit. med. j.*, 19 déc.) — Romberg. La valeur alimentaire des diverses farines préparées par les procédés de mouture moderne. (*Arch. f. Hyg.*, XXVIII, 3.)—E. Arnould. La valeur alimentaire du pain. (*Rev. d'hyg.*, p. 415, mai.) — Manouvriez. Sur une falsification de la bière au moyen d'une colle renfermant du bisulfite de chaux. (*Bull. méd. Nord*, 25 déc.)

Amputation. — Marie et Pédeprade. Sur la fréquence de la mort par tuberculose pulmonaire chez les amputés. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 déc.) — Bonnet et Bacquelin. Fractures comminutives de l'humérus, de l'omoplate, désarticulation inter-scapulo-thoracique. (*Soc. anat. Paris*, 27 nov.) — Cumston. Amputation du pied avec lambeau dorsal. (*Ann. of surg.*, déc.)

Amygdale. — J. Veis. Des affections lacunaires du tissu amygdalien. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 178.) — Ellegood. Les cryptes de l'amygdale porte d'entrée des microbes pathogènes. (*Laryngoscope*, I, p. 270.) — Gottstein. Les amygdales pharyngiennes et palatines envisagées comme premières voies d'accès de la tuberculose. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 août.) — Boulay et Martin. Des troubles causés par les petites lésions des amygdales. (*Ann. mal. de l'or.*, déc.) — Mouret. De la tuberculose des amygdales à forme végétante. (*Rev. hebd. de lar.*, 7 nov.) — Wood et Russell. Accidents constitutionnels graves suite d'abcès amygdalien. (*Lancet*, 19 déc.)—Lewis. Amygdales linguales. (*Laryngoscope*, I, p. 29.) — Foster. Hémorragie de l'amygdale linguale. (*Ibid.*, I, p. 215.) — Pascal. Ulcérations de l'amygdale. (*Concours méd.*, 1er août.) — Arslan. 2 cas de chancre syphilitique des amygdales. (*Rev. hebd. de lar.*, 5 déc.) — Morel-Lavallée. Contribution au diagnostic du chancre de l'amygdale. (*Bull. méd.*, 30 déc.) — Audry et Iversene. Gomme primitive et isolée de l'amygdale. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 75.) — Tilley. Sarcome de l'amygdale droite. (*London lar. Soc.*, 11 nov.) — Heaton. Cancer de l'amygdale. (*Nottingham and counties branch of brit. Ass.*, 27 nov.)

Anatomie. — Bruns. De la restauration des préparations sèches ou momifiées. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 205.) — Kaiserling. Procédé de conservation des pièces anatomiques avec leurs couleurs naturelles. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 août.) — Waldeyer. Remarques sur le procédé de conservation de Gerota. (*Ibid.*, 5 oct.) — Pettit. Sur le rôle des calcosphérites dans la calcification à l'état pathologique. (*Arch. d'anat. mic.*, I, 1.) — Henneguy. Sur l'existence de calcosphérites dans les corps graisseux de larves de diptères. (*Ibid.*)

Anémie. — Smith. L'anémie dans ses rapports avec les affections cardiaques. (*N.-York Acad. of med.*, 17 nov.) — Beggs. Anémie pernicieuse progressive, traitement par la protonucléine. (*Americ. med. Bull.*, 19 déc.) — Cabot. Etude de 50 cas d'anémie pernicieuse. (*Boston med. Journ.*, 30 juill.) — Ruttan et Adami. Composition du sérum sanguin dans l'anémie pernicieuse. (*Brit. med. j.*, 12 déc.) — Danforth. Traitement de l'anémie pernicieuse et des autres formes d'anémie. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 110.)

Anesthésie. — Foy. La découverte de l'anesthésie. (*Dublin journ.*, déc.) — Cheever. Ce que l'anesthésie a fait pour la chirurgie. (*Boston med. Journ.*, 15 oct.) — Ashhurst. La chirurgie avant l'anesthésie. (*Ibid.*, 15 oct.) — Welch. L'influence de l'anesthésie sur la science médicale. (*Ibid.*, 22 oct.) — Arnold. Précautions dans l'administration du chloroforme. (*Brit. med. j.*, 12 déc.) — Kirk. Auscultation du cœur pendant l'anesthésie. (*Ibid.*) — Cleaver. Anesthésie chloroformique pendant le sommeil. (*Med. and surg. rep.*, 31 oct.) — Riedel. De l'anesthésie mixte par éther et morphine. (*Berl. klin. Woch.*, 28 sept.) — Caldwell. Ether et chloroforme. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 19 déc.) — Popoff. De l'albuminurie après l'éthérisation. (*Thèse de Genève.*) — Garcean. Un cas de mort dans l'anesthésie par l'éther. (*Boston med. Journ.*, 12 nov.) — Hertzog. Analyse de quelques procédés de rappel à la vie dans l'asphyxie anesthésique. (*Vratch*, 31 oct.) — Maclennam. Quelques cas d'arrêt de la respiration pendant l'anesthésie (chloroforme) traités par la trachéotomie. (*Brit. med. j.*, 21 nov.) — Proudfoot. Traitement de l'asphyxie chloroformique par la trachéotomie. (*Ibid.*, 12 déc.) — De Butot. Traitement de l'asphyxie chloroformique par la trachéotomie. (*Ibid.*, 19 déc.) — Delaup. La trachéotomie contre le collapsus dans l'anesthésie, 7 cas. (*N. Orleans med. j.*, avril.) — Ballantyne. Le chloroforme dans la pratique obstétricale. (*Scottish med. j.*, I, p. 14.) — Reynolds. L'anesthésie en obstétrique. (*Boston med. Journ.*, 15 oct.) — Cordier et Lévêque. Emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique général dans 15 cas pour l'extraction des dents. (*Bourgogne méd.*, IV, p. 78.) — Kelson. Anesthésie par le bromure d'éthyle. (*Brit. med. j.* 12 déc.) — Gottstein. L'anesthésie par infiltration de Schleich. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 oct.) — Mehler. De l'anesthésie par infiltrations. (*Münch. med. Woch.*, 10 et 17 nov.) — Dipper. L'anesthésie par infiltration. (*Deut. med. Woch.*, 10 déc.) — Hare. Mort par administration de protoxyde d'azote. (*Ther. Gaz.*, 15 déc.) — Schlatter. De l'anesthésie locale. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 mai.) — Cottam. Le sulfate de spartéine en anesthésie chirurgicale. (*Therap. Gaz.*, 16 nov.) — De Gregorio. Quelques cas d'anesthésie cocaïnique. (*Riforma med.*, 12 déc.) — Spencer. Le chlorhydrate d'eucaïne comme anesthésique local. (*Med. and surg. Rep.*, 28 nov.) — Wüstefeld. De l'utilisation de l'eucaïne en ophtalmologie. (*Wiener med. Woch.*, p. 1251, 22 déc.) — Dolganoff. Action de l'eucaïne sur l'œil. (*Vratch*, 19 déc.) — Karezewski. Appareil pour anesthésie dans les opérations de la cavité buccale. (*Kron. lek.*, p. 1061.)

Anévrisme. — Oppenheim. Anévrisme intracranien à la base de l'encéphale. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 mai.) — Masse. Anévrisme artérioso-veineux de la carotide interne et du sinus caverneux. (*J. méd. Bordeaux*, 20 déc.) — Grenet. Anévrisme de la crosse de l'aorte ayant donné lieu à des accès de dyspnée simulant l'asthme vrai, mort par ouverture de la poche de la trachée. (*Soc. anat. Paris*, 16 oct.) — Cardarelli. 2 cas d'anévrisme de la crosse aortique. (*Gaz. d'Osped.*, 27 déc.) — Tiren. 2 cas d'anévrisme perforant de l'aorte. (*Goteborgs läkar. forh.*, p. 72, 1895.) — Hansemann.Ané-

vrisme disséquant de l'aorte. (*Berl. klin. Woch.*, 27 avril.) — Leoni et Farinati. 2 cas d'anévrisme de la crosse aortique. (*Morgagni*, nov.)—Clark. L'anévrisme de l'artère poplitée. (*Brit. med. j.*, 28 nov.) — Tuffier. Anévrisme poplité traité par l'extirpation. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 674.) — Bollinger. Anévrisme de l'artère poplitée. (*Münch. med. Woch.*, p. 1163, 24 nov.) — Fick. Anévrisme artério-veineux ossifiant traumatique. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 278.) — Etienne. Des anévrismes dans leurs rapports avec la syphilis. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1.) — Schalley. Traitement des anévrismes par la compression. (*Prag. med. Woch.*, 17 déc.) — Lannessus. Traitement des anévrismes du tronc brachio-céphalique par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite. (*Thèse de Paris.*) — Sonnenburg. Thrombose du sinus caverneux par coup de feu dans la tempe, formation d'un anévrisme artério-veineux guéri par la ligature de la carotide primitive. (*Berlin. klin. Woch.*, 447, 18 mai.)

Angine. — Biggs. La virulence du bacille diphtérique trouvée occasionnellement dans les sécrétions de la gorge dans les cas présentant l'aspect clinique d'angine simple aiguë. (*Trans. Ass. Americ. phys.*, XI, p. 249.) — Kuttner. 2 cas d'angine pseudo-membraneuse due aux gouttes de Noortwycks, remède préconisé contre la diphtérie. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 834, 14 sept.) — Carron de la Carrière. Le salol dans les angines aiguës chez les enfants. (*J. des Praticiens*, 5 déc.) — Coulter. Traitement et diagnostic différentiel de l'esquinancie. (*J. Americ. med. Ass.*, 7 nov.) — Atabekiantz. Pathogénie de l'angine de poitrine. (*Thèse de Genève.*)

Angiome. — Kopp. Un cas d'angiome multiple. (*Arch. f. Derm.*, XXXVIII, p. 69.) — Pearson. Traitement efficace d'une tumeur pulsatile de la région temporale datant de 18 ans. (*Dublin journ.*, IX, déc.)

Anomalie. — Rossi. De quelques anomalies congénitales de l'appareil urogénital et de leur signification. (*Sperimentale*, p. 177.) — S. Pozzi. Sur un pseudo-hermaphrodite androgynoïde. (*Bull. Acad. de méd.*, 28 juill.)

Anus. — Braun. De l'entéro-anastomose pour la cure de l'anus contre nature. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 550, 15 juin.) — Wiggin. Notes sur le traitement de fistules fécales. (*Med. Record*, 24 oct.) — Olier. Du traitement de l'anus contre nature par l'entérorraphie circulaire. (*Thèse de Montpellier.*) — Nolk. Tumeur de la fosse iliaque gauche, anus contre nature. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er oct.)

Aorte. — Plicque. Les aortites aiguës et leur traitement. (*Presse méd.*, 9 déc.) — Hanot et Levy. Un cas de tuberculose de la membrane interne de l'aorte. (Analysée, XLVI, p. 436.) (*Ann. de méd. exp.*, VIII, p. 784.)

Appareil. — Zieniec. Nouvelles modifications du stéthoscope. (*Vratch*, 28 nov.) — Treves. Pneumo-cardiographe. (*Giorn. Accad. medic. Torino*, oct.) — Block. Nouvelle scie nasale électrique. (*Laryngoscope*, I, p. 56.) — Thorner. Retracteur pour l'opération de la mastoïdite. (*Ibid.*, I, p. 222.) — Brown. Un urétrotome perfectionné. (*Americ. med. surg. Bull.*, 28 nov.) — Nau. Table-brancard aseptique démontante et portative pour opérations chirurgicales. (*J. de méd. et chir. prat.*, 25 nov.)

Artère. — Gérard. Les canaux anastomotiques artério-veineux chez l'homme et chez le singe. (*Arch. des sc. méd.*, sept.) — Stefani. Action de la pression artérielle sur les vaisseaux et sur le cœur. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI,

p. 173.) — Borgherini. Sur quelques affections des gros vaisseaux : artère pulmonaire. (*Wiener med. Woch.*, 3 oct.) — Delore. Ulcération de l'artère poplitée dans le cours d'une ostéo-myélite, mort par hémorragie. (*Arch. prov. de chir.*, IV, p. 50.)

Articulation. — Jaffe. Modifications des membranes synoviales dans les effusions sanguines. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 69.) — O'Conor. Hémarthrose traumatique du genou. (*N.-York. med. j.*, 21 nov.) — Griffiths. Variétés d'ankylose osseuse sur les divers points du squelette. (*J. of path. bact.*, IV, p. 284.) — Toffoletto. Des corps étrangers articulaires. (*Riv. venet. sc. med.*, 31 déc.) — Barth. Genèse des corps libres des articulations. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 530, 8 juin.) — Berthier et Sieur. Des corps étrangers fibreux des articulations. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 77.) — Binaghi. Sur les corps mobiles articulaires ; contribution à leur étude clinique et histologique. (*Riforma med.*, 11 nov.) — Jasinski. Synovite fongueuse du genou, cataphorèse au chlorure de zinc, méthode de Sudnik, évolution fibreuse, guérison. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 nov.) — Le Même. Hydarthrose intermittente du genou. (*Gaz. hebd. Paris*, 29 nov.) — Lejars et Labbé. Les arthrites à grains riziformes. (*Rev. de la tuberc.*, oct.) — Souchon. Traitement chirurgical de l'ankylose de l'épaule. (*Ann. of surg.*, oct.) — Delagenière. Nouveau traitement de la coxalgie par l'arthrotomie, l'évidement de la tête et du col du fémur. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 717.) — Baldwin. (*Brit. med. j.*, 19 déc.) — Judson. Mensuration des difformités de la hanche. (*Zeit. f. orthop. Chir.*, IV, 4.) — Batigne et Sainton. Arthrite sèche du genou avec productions osseuses simulant, par leur disposition, des fragments d'une facture ancienne de la rotule. (*Soc. anat. Paris*, 27 nov.) — Bilhaut. Extension continue dans les arthrites tuberculeuses. (*Bull. polycl. hôp. int.*, déc.)

Asphyxie. — Knapp. Sur les méthodes de traitement de l'asphyxie des nouveau-nés. (*Cent. f. Gyn.*, 19 déc.) — E. Kohl. Rappel à la vie des nouveau-nés asphyxiés. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 nov.) — Donald. Un cas de maladie de Raynaud. (*Americ. med. Bull.*, 26 déc.)

Asthme. — Wilson. L'acide urique comme facteur étiologique de l'asthme des foins. (*N.-York med.* j., 26 déc.) — Boas. Asthme dyspeptique. (*Anh. f. Verdauungsk.*, II, 4.) — Hunsberger. Asthme des foins. (*Med. and surg. Rep.*, 19 déc.) — Steinhoff. Traitement mécanique de l'asthme. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 sept.)

Auscultation. — Fischer. Le phonendoscope. (*Corresp.-Blätt. f. schweiz. Aertze*, 1er déc.) — Schwalbe. Avantages du phonendoscope de Janki. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 571, 22 juin.) — Baruch. Le phonendoscope. (*Med. Record*, 31 oct.) — Knapp. De l'emploi du phonendoscope de Bianchi et Bazzi en obstétrique. (*Prager med. Woch.*, 46.) — Egger. Recherches sur l'utilisation du phonendoscope de Bianchi. (*Münch. med. Woch.*, 10 nov.) — Aufrecht. Du phonendoscope. (*Ibid.*, 29 déc.)

Avortement. — Barker. Diagnostic différentiel de l'avortement survenant avant le 8e mois. (*Amer. j. of obst.*, déc.). Hoitt. L'avortement criminel. (*Boston med. Journ.*, 26 mai.) — Tuttle. Un cas de péritonite septique, suite d'avortement ; drainage péritonéal et intestinal ; guérison. (*Ibid.*, 17 déc.)

B

Bactériologie. — Miquel. Laboratoire de diagnostic de maladies contagieuses de la ville de Paris. (*Ann. de microg.*, oct.) — Davenport et Cannon. Détermination de la direction et du mouvement des organismes par la lumière. (*J. of Phys.*, XXI, p. 22.) — Butschli. Structure des cyanophylées et des bactéries. (*Leipzig.*) — Duclaux. Sur la structure des bactéries. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 729.) — Calmette et Deléarde. Sur les toxines non microbiennes et le mécanisme de l'immunité par les sérums antiseptiques. (*Ibid.*, X, p. 675.) — Drossbach. Influence des urines et du zirconium sur le développement des bactéries. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 57.) — Capaldi. Emploi du jaune d'œuf comme milieu de culture. (*Ibid.*, XX, p. 800.) — Brieger et Boer. Antitoxines et toxines; essais de les isoler. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XXI.) — Marinesco. Lésions des centres nerveux produits par la toxine du bacillus botulinus. (*Soc. de biol.*, 28 nov.) — Dieudonné. La formation de nitrite par les bactéries; caractère distinctif du bacille d'Escherich. (*Arbeit. aus d. k. Gesund.*, XI.) — Mazé. Fixation de l'azote libre par le bacille des nodosités des légumineuses. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 44.) — Czaplewski. Remarques sur le procédé de coloration de Gram et d'une modification y apportée. (*Hyg. Rundsch.*, 1er nov.) — Teich. Microbes thermophiles. (*Ibid.*, 15 nov.) — Dyar. Bactéries trouvées dans l'air de la ville de New-York. (*Ibid.*, p. 623.) — Graziani. De l'emploi des phtaléines pour reconnaître le colibacille, le bacille d'Eberth et celui du choléra. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 98.) — Alonzo. Caractère différentiel du bacille typhique et du bactérium coli par cultures de l'œuf. (*Ufficiale sanit.*, nov. 1895.) — Widal et Sicard. Différenciation du bacille typhique et du bacille de la psittacose par la réaction agglutinante. (*Soc. de biol.*, 28 nov.) — Gilbert et Fournier. Le bacille de la psittacose. (*Ibid.*, 19 déc.) — Symmers. L'action pathogène du bacille pyocyanique chez l'homme. (*Med. Magaz.*, nov.) — Nicolle et Zia-Bey. Sur les fonctions pigmentaires du bacille pyocyanique. (*Ann. Inst. Past.*, X, p. 669.) — Seitz. Streptococcus aggregatus. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 854.) — Zenoni. La question de l'homologie des streptocoques. (*Ibid.*, XXI, p. 10.) — Ernst. Identité des streptocoques, description d'une nouvelle variété. (*Trans. Assoc. Amer. phys.*, XI, p. 31.) — Vaughan. Bacille toxique du fromage et de la crème glacée. (*Ibid.*, XI, p. 14.) — Deléarde. Etude sur le staphylocoque pyogène. (*Bull. méd. Nord*, 13 nov.) — Horton-Smith. Le bacillus excavans. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 216.) — Petersen. Les résultats de la bactériothérapie dans les tumeurs bénignes. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 341.)

Bains. — Thomas. Les bains froids ; usage et abus. (*J. Americ. med. Ass.* 26 déc.) — Van Esmarch. Bains-douches. (*Hyg. Rundsch.*, 15 déc.) — Libow. Action des bains du lac de Tamboukany dans les maladies des femmes. (*Vratch*, 19 déc.) — Lemoine. Traitement des affections des voies respiratoires par les bains chauds. (*Bull. méd.*, 26 août.) — Fiessinger. De la supériorité des bains tièdes sur les bains froids dans les maladies aiguës de l'enfance. (*J. des Praticiens*, 12 déc.)

Bassin. — Lewis. Plaie par coup de feu de la fosse ischio-rectale. (*Australas.*

med. Gaz., 21 déc.) — Tillaux. Fibro-sarcome des os du bassin. (*J. des Praticiens*, 26 déc.)

Béribéri. — Britto. Le béribéri et la méthode de Fournier pour la recherche de l'ataxie naissante. (*Bull. méd.*, 20 déc.)

Biliaires (Voies). — Wertheimer et Lepage. Sur les voies de résorption de la bile dans le foie. (*Soc. de biol.*, 21 nov.) — Wertheimer et Lepage. Sur la résorption par les voies biliaires. (*Ibid.*, 19 déc.) — N. Zuntz et Isaac Lewin. Importance de la bile et du suc pancréatique pour la résorption de la graisse. (*Archiv f. Physiologie*, p. 344.) — Barbera. Influence des lavements nutritifs sur l'élimination de la bile et sur la sécrétion du suc gastrique; signification physiologique de la bile. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 253.) — Ullmann. Contribution à la chirurgie des voies biliaires. (*Wiener med. Woch.*, 26 déc.) — A. Langenbuch. Coup d'œil sur le développement historique de la chirurgie de l'appareil biliaire. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 499, 1er juin.) — Vermorel. Lithiase biliaire, obstruction du canal cholédoque; angiocholite suppurée; rupture du canal cholédoque. (*Soc. anat. Paris*, 11 déc.) — Archambaud et Wimberg. Epithélioma primitif de la vésicule biliaire. (*Ibid.*) — Chappet. Calcul du cholédoque; dilatation de la vésicule. (*Lyon méd.*, 6 déc.) — Kœrte. Calcul du cholédoque enlevé par la cholédochotomie; femme de 63 ans; guérison. (*Berl. klin. Woch.*, 7 sept.) — Binnie. Cholécystotomie et cholécystentérostomie pour obstruction des voies biliaires. (*Ann. of surg.*, nov.) — Greig. Extirpation complète de la vésicule biliaire et d'une partie du foie. (*Scottish med. j.*, I, p. 37.) — Terrier. Sur un cas de gastrocystentérostomie. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 565.)—Delbet. Ictère, coliques hépatiques, subintrantes, cholécysto-duodénostomie. (*Ibid.*, p. 569.) — Shettle. Cholécystectomie; guérison. (*Brit. med. j.*, 12 déc.) — Siredey et Faure. Péritonite consécutive à une perforation de la vésicule biliaire. Grossesse de deux mois et demi. Laparotomie. Guérison sans aucun trouble de la grossesse. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 nov.) — Griffon et Dartigues. Epithéliome du cholédoque. (*Soc. anat. Paris*, 30 nov.)

Blennorragie. — Richard d'Aulnay. De la gonococcose; localisations gonococciennes et infection gonococcique. (*Rev. int. de méd.*, 10 déc.) — Witkowsky. Diplocoques dans la blennorrée. (*Zeit. f. Geburts*, XXXV, p. 149.) — Kiefer. Méningocoque et gonocoque. (*Ibid.*, XXXV, p. 303.) — Hijmans van der Bergh. Détermination du gonocoque par la méthode de Gram. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 785.) — Jündell. Mobilité du gonocoque. (*Arch. f. Dermat.*, XXXVIII, p. 59.) — Heiman. Sur la biologie du gonocoque de Neisser. (*Med. Record*, 19 déc.) — Hammer. La prostitution et les maladies vénériennes à Stuttgart; signification pratique du gonocoque. (*Arhc. f. Derm.*, XXXVIII, p. 253.) — Gordon. La gonococcie chez la femme. (*Med. Record*, 21 nov.) — Von Notthafft. Un cas d'origine anormale de blennorragie. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 22.) — Wertheim. Le débat sur la blennorragie à la réunion de Francfort. (*Cent. f. Gyn.*, 28 nov.) — Bumm. La discussion sur la blennorragie au Congrès de Francfort. (*Ibid.*, 12 déc.) — Wertheim. Idem. (*Ibid.*, 16 janv.) — Vestervelt. Blennorragie chez un enfant de 5 ans. (*N. Y. med. j.*, 5 déc.) — Jullien. Note sur l'ulcération blennorragique. (*France méd.*, 6 nov.) — Laval. Ulcération phagédénique, gonocoque. (*J. des Praticiens*, 19 déc.) — Cheatham. Iritis blennorragique et conjonctivite blennorragique non suppurée. (*Arch. of Opht.*, XXV, p. 510.) — Hilbert. Rétinite par infection gonorréique. (*Memorabilien*, XL, p. 7.) — Kœnig. Des arthrites blennorragiques. (*Deut.*

med. Woch., 19 nov.) — Lindholm. Un cas de cystite blennorragique. (*Finska läkar. handlingar*, oct.) — Colombini. Fréquence de la prostatite, de la vésiculite, de la déférentite dans l'urétrite blennorragique. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 545.) — Bellini. De l'urétrite blennorragique chez la femme. (*Ibid.*, p. 553.) — Broese. De la péritonite diffuse blennorragique. (*Berl. klin. Woch.*, 31 août.) — Mc Cann. Péritonite blennorragique. (*Brit. med. j.*, 19 déc.) — Mannotti. De la pyohémie par gonocoque. (*Morgagni*, déc.) — Finger. Thérapeutique de la blennorragie. (*Wiener med. Woch.*, 15 août.) — Merlin. Du traitement de la blennorragie aiguë et des bubons vénériens par l'émulsion d'airol. (*Wiener med. Blätt.*, p. 40.) — Howald. La blennorragie traitée par l'airol. (*Wiener klin. Woch.*, 17 déc.) — Werler. L'ichtyol dans le traitement de la blennorragie. (*Dermat. Zeit.*, déc.)

Bouche. — Henseval. Les glandes buccales des larves de trichoptères. (*La Cellule*, XII, p. 7.) — Curtis. Chirurgie de la bouche; théorie et résultats. (*Americ. med. Bull.*, 24 oct.) — Chemin. Influence de l'arthritisme sur quelques affections de la cavité buccale. (*Thèse de Toulouse.*)

Branchie.— Tourneux et Verdun. Sur les premiers développements des dérivés branchiaux chez l'homme. (*Soc. de biol.*, 12 déc.)

Bronche. — D'Hardiviller. Développement de la ramification bronchique et bronches épartérielles chez les mammifères. (*Soc. de biol.*, 19 déc.) — Cassaet. De la simulation de la tuberculose par certaines infections bronchiques aiguës. (*Arch. clin. Bordeaux*, oct.) — Braman. De la bronchite fibrineuse. (*Med. News*, 15 août.) — Monnier. Un cas de dilatation bronchique avec autopsie et examen histologique. (*Gaz. méd. Nantes*, 8 déc.) — Mc Cassy. Les bains de pieds et le catarrhe bronchique. (*Americ. med. Bull.*, 24 oct.) — De Gennes et Griffon. Suppuration bronchique et péricardique à pneumocoques sans fièvre. (*Soc. anat. Paris*, 23 oct.) — Lecq. Un cas de bronchectasie guéri par la terpine. (*Gaz. méd. Picardie*, mai.) — E. Franz. De la tuberculose des ganglions bronchiques. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 1.) — Ernst. Un cancer des bronches à épithélium plat corné ; métaplasie ou aberration ? (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XX, p. 155.)

Brûlure. — Tschmarke. Des brûlures. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, p. 346.)

C

Cadavre. — Ganducheau. De la rigidité cadavérique. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 11 oct., et *Thèse de Bordeaux.*)

Cancer. — Calmette. De l'étiologie coccidienne du cancer. (*Bull. méd.*, 23 déc.) — Roncali. De l'existence de ferments organisés dans le sarcome. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 726.) — Aievoli. Des blastomycètes dans les néoplasmes. (*Ibid.*, p. 744.) — Paviot et Gallois. De la véritable nature du chloroma. (*Soc. de biol.*, 14 nov., et *Lyon méd.*, 6 déc.) — Lambotte. Les antécédents purulents des cancéreux. (*Presse méd. belge*, 35, p. 273.) —

Goldmann. Envahissement des veines par le cancer. (*Berl. klin. Woch.*, 15 juin.) — Duplay et Savoire. Sur les modifications de la nutrition chez les cancéreux, toxicité urinaire. (*Acad. des sc.*, 7 déc., et *Rev. mal. cancér.*, II, p. 89.) — Hansemann, Caro. Des tumeurs endothéliales. (*Berl. klin. Woch.*, 3 et 10 août.) — Lenoble. Sur deux cas de tumeurs malignes secondaires du poumon et du cœur généralisées aux grands appareils. (*Rev. de méd.*, déc.) — Harbitz. Sur les endothéliomes et autres tumeurs congénères. (*Norsk Mag.*, déc.) — Lannois. Cancer simultané du pylore et des ovaires. (*Lyon méd.*, 13 déc.) — Lubarsch. Des lésions de la moelle chez les cancéreux. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 389.) — Gould. Disparition spontanée des tumeurs cancéreuses secondaires. (*London clin. Soc.*, 27 nov.) — Opitz. Action comparée des injections de sérum et d'alcool absolu dans le cancer. (*Berl. klin. Woch.*, 24 août.) — Hasse. Traitement du cancer par les injections d'alcool. (*Ibid.*, p. 551, 15 juin.) — Denisenko. Traitement du cancer par le chelidonium. (*Vratch.*, 14 nov.) — Maurange. Le traitement du cancer par l'opothérapie. (*Rev. gén. des sc.*, 15 oct.) — Warren. Le traitement moderne des tumeurs malignes. (*Boston med. J.*, 31 déc.)

Cartilage. — Studnicka. Histologie et histogenèse des cartilages des cyclostomes. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 806.) — Ziegler. Développement du périblaste des os de poissons. (*Anat. Anz.*, XII, p. 353.) — Terrozas. Méthode de coloration de la substance fondamentale cartilagineuse. (*Rev. trim. micrograf.*, I, 2 et 3.)

Cellule. — Schenck. Etude des mouvements du protoplasma et contraction. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVI, p. 241.) — Edwards. Croissance des cellules (*Americ. microsc. j.*, oct.) — Juliusburger. Remarques sur la pathologie de la cellule ganglionnaire. (*Berl. klin. Woch.*, p. 446, 18 mai.) — Rausch. Coloration et relief des cellules cornées. (*Monat. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 65.)

Cerveau. — Schaffer. Structure de l'écorce cérébrale et valeur fonctionnelle des prolongements des cellules nerveuses. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 550.) — Cajal. Les épines collatérales des cellules cérébrales colorées par le bleu de méthylène. (*Rev. trim. microg.*, I, 2 et 3.) — Sachs. Sur les régions cérébrales de Flechsig. (*Mon. f. Psych.*, I, 1.) — Luys. Faisceaux de fibres cérébrales descendantes allant se perdre dans les corps olivaires. (*Soc. de biol.*, 5 déc.) — Haller. Recherches sur l'hypophyse et sur l'infundibulum. (*Morphol. Jahrb.*, XXV, p. 31.) — Reiner et Schnitzler. La circulation du sang dans le cerveau. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVIII, p. 249.) — Patrizzi. Expériences relatives à l'influence de la musique sur la circulation du sang dans le cerveau. (*Arch. di psich.*, XVII, 4.) — Vetter. Des localisations dans la capsule interne. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 165.) — Valenti. Un cas de soudure des deux couches optiques. (*Arch. di psichiat.*, XVII, 5 et 6.) — Zanier. Sur la tension osmotique du liquide céphalo-rachidien. (*Gaz. d. Osped.*, 25 nov.) — Vitzou. La néoformation des cellules nerveuses dans le cerveau du singe consécutive à l'ablation complète des lobes occipitaux. (*Arch. de phys.*, IX, p. 29.) — Clouston. Excitants corticaux. (*Scottish med. j.*, I, p. 8.) — Belmondo. Rapports entre les fonctions cérébrales et les échanges. (*Riv. sper. di freniat.*, p. XXII, 657.) — Cazalis. Sur la cérébralité de l'homme et de la femme. (*Thèse de Montpellier.*) — Wertheimer et Lepage. Sur les mouvements des membres produits par l'excitation de l'hémisphère cérébral du côté correspondant. (*Arch. de phys.*, IX, p. 168.) — Féré. L'atti-

tude dans les états apathiques considérés au point de vue de la régression. (*Rev. de méd.*, nov.) — Bastian. Amnésie durant depuis 18 ans, autopsie. (*Royal med. and chir. Soc.*, 24 nov.) — Onuf. De l'aphasie. (*J. of nerv. dis.*, déc.) — Féré. La rééducation des aphasiques. (*J. des Praticiens*, 12 déc.) — Rattray. Cécité verbale, suite de lésions des vaisseaux cérébraux. (*Brit. med. j.*, 5 déc.) — Hinshelwood. Un cas de dyslexie, forme particulière de cécité verbale. (*Lancet*, 21 nov.) — Grancher. L'athétose. (*Rev. int. de méd.*, 25 juin.) — Immermann. Athétose consécutive à une paralysie cérébrale infantile chez une femme de 30 ans. (*Corresp.-Blatt. f. schw. Aerzte*, p. 453, 15 juill.) — Leblond. Sur un cas d'astasie abasie. (*J. de méd. et chir. prat.*, 25 déc.) — Eshner. Un cas d'astasie abasie. (*J. Amer. med. Ass.*, 16 mai.) — Salisbury. Hémorragie cérébrale mortelle chez un jeune homme. (*Brit. med. j.*, 19 déc.) — Pinkham. Un cas d'hémorragie diffuse dans la pie-mère au cours d'un coït; mort subite. (*Boston med. Journ.*, 26 nov.) — Rohrbach. Du ramollissement cérébral après la ligature isolée de la veine jugulaire interne. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 811.) — Borsuk et Wizel. Un cas d'épanchement sanguin traumatique dans le tissu cérébral, aphasie, hémiparésie, épilepsie guéries par opération. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 207.) — Dotto et Pusateri. Des altérations des éléments de l'écorce cérébrale secondaires aux hémorragies intra-cérébrales et de la connexion de l'écorce de l'insula de Reil avec la capsule externe. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 8.) — Bechterew. Sur la dégénérescence secondaire du faisceau descendant du pédoncule cérébelleux antérieur, faisceau central du toit, etc. (*Obozr. psych.*, août.) — Étienne. Monoplégie faciale et déviation conjuguée de la face et des yeux d'origine capsulaire. (*Presse méd.*, 5 déc.) — H. Schlesinger. Quelques symptômes bulbaires complexes avec débuts aigus ou subaigus. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 50.) — Kœster. Diplégie cérébrale spasmodique. (*Göteborgs läkar. forh.*, p. 58, 1895.) — Lévi. Dyspragie cérébro-spinale et ichtyose. (*Rev. neurol.*, 30 déc.) — Milian. Epilepsie bravais-jacksonienne à type facial au cours d'une péricardite tuberculeuse, tubercule sous-cortical du cerveau droit au niveau du centre des mouvements de la face, tubercule de la pie-mère à la face inférieure et à la partie postérieure du lobe gauche du cervelet. (*Soc. anat. Paris*, 13 nov.) — Pinkham, Leptoméningite cérébrale aiguë consécutive à un traumatisme cranien. (*Boston med. Journ.*, 26 nov.) — Deguy. Phlébite grippale double des sinus caverneux. (*Soc. anat. Paris*, 13 nov.) — Mya. Hydrocéphalie congénitale familiale, influence héréditaire. (*Riv. di patol. nerv.*, I, p. 470.) — Duloroy. Porencéphalie. (*Soc. anat. Paris*, 27 nov.) — Estor. Traitement de l'encéphalite aiguë et des abcès du cerveau. (*N. Montpellier méd.*, 17 oct.) — Steffen. De l'enkystement des balles dans le cerveau. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIII, p. 401.) — Kollock. Cas obscurs d'atrophie du nerf optique d'origine cérébrale. (*J. Amer. med. Ass.*, 7 nov.)—N.-N. Kirikow. Un cas d'abcès du cerveau. (*Rec. de méd. nav. russe*) — Keim et Dartigues. Abcès du cerveau par plaie d'arme à feu, latence des symptômes. (*Soc. anat. Paris*, 9 oct.) — Labbé. 2 cas de gliome cérébral. (*Ibid.*, 27 oct.) — Theoari. Gliome cérébral. (*Ibid.*, 27 nov.) — Lambotte. Un cas de trépanation pour tumeur cérébrale. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 déc.)

Cervelet. — Stoehr. Les petites cellules nerveuses annulaires du cervelet. (*Anat. Anz.*, XII, p. 529.) — Mott. Anatomie et physiologie du faisceau cérébelleux croisé. (*Mon. f. Psych.*, I, 1.) — Spiller. 4 cas de maladie cérébelleuse, de l'ataxie cérébelleuse. (*Brain*, n° 76, p. 588.) — Edes. Endothéliome attaché aux pédoncules cérébelleux avec envahissement du 4e ventricule. (*Boston med. Journ.*, 22 oct.)

Césarienne (Op.). — Leja. Opération césarienne pour bassin ostéomalacique. (*Münch. med. Woch.*, p. 1209, 8 déc.) — Béchet. Une opération césarienne à la campagne, grossesse à terme chez une rachitique à bassin vicié. Intervention après 3 jours de travail. Guérison. Enfant vivant. (*Progrès méd.*, 14 nov.)—Olshausen. Opération césarienne chez une idiote.(*Berl. klin. Woch.*, p. 682, 27 juill.) — Rickett. Opération de Porro au 9e mois pour fibrome du col avec hydramnios et rétention complète d'urine. (*Amer. j. of obst.*, nov.)

Chancre. — Audry. Sur l'importance clinique du chancre mixte. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1464.) — Szanto. Traitement du chancre mou par l'acide salicylique. (*Gyogyasz.*, 50.) — Zaroubine. Le nosophène dans le chancre mou et dans l'herpès génital. (*Vratch*, 7 nov.)

Charbon. — Griglio. Transmissibilité du charbon par les peaux et les cuirs. (*L'ufficio sanit.*, p. 342.) — Brotzu. Passage des germes charbonneux à travers l'intestin. (*Ibid.*) — Alonzo. Influence du bacille du mal rouge sur le développement et la marche de l'infection charbonneuse. (*Ibid.*, 2 et 3.) — Buchner. Conditions physiologiques de la formation des spores du bacille charbonneux. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 806.)

Chimie. — Hugounenq. L'enseignement de la chimie médicale en Allemagne et en France. (*Lyon méd.*, 1er nov.) — Thudichum. Les progrès de la chimie médicale. (In-8°, *Londres.*) — Bordas et de Raczkowski. Nouveau procédé de dosage de la glycérine. (*Soc. de biol.*, 19 déc.)

Chirurgie. — Mc Burney. La chirurgie de l'avenir. (*Boston med. Journ.*, 15 oct.) — Hughes. Le facteur psycho-neurotique en chirurgie. (*J. Amer. med. Ass.*, 31 oct.)

Chlorose. — Mongour. Du rôle de la dyspepsie dans la chlorose. (*Arch. clin. Bordeaux*, nov.) — Schubert. Obtient-on dans le traitement de la chlorose de meilleurs résultats par le procédé récemment recommandé : saignée et sudation, que par le fer ? (*Münch. med. Woch.*, p. 1070, 3 nov.)

Choléra. — Terni. De l'épidémie de choléra dans la province de Bergame. (*Zeit. f. Hyg.*, XXII, 2.) — Soulié. Le choléra à Tanger et à Tétouan en 1895. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 juin.) — Hankin. Epidémie de choléra dans un mess d'officiers. (*Brit. med. j.*, 26 déc.) — Prompt. Le choléra en Egypte. (*Dauphiné méd.*, oct.) — Rindfleisch. Expériences sur le caractère pathogène des vibrions cholériques pour les pigeons. (*Zeit. f. Hyg.*, XXI.) — Klein. 9 variétés du vibrion cholérique ; valeur diagnostique des sérums typhoïdique et cholérique. (*Hyg. Rundsch.*, VI, 15 août.) — Johnston et Hammond. Le sérodiagnostic par le sang desséché dans le choléra expérimental. (*N.-York med. j.*, 28 nov.) — Engels. L'emploi de la chrysoïdine dans le diagnostic du choléra. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 81.) — Simpson. 2 années de vaccination anticholérique. (*Indian med. Gaz.*, 8, p. 275.) — O'Gordman. La désinfection des puits pendant les épidémies de choléra comme on la pratique à Midnapore. (*Ibid.*, 6, p. 202.) — Brown. Le choléra infantile. (*Boston med. Journ.*, 3 déc.) — Vicente. Injections d'eau salée à doses élevées dans le choléra infantile. (*J. de méd. et chir. prat.*, 25 déc.)

Chorée. — Sinkler. La chorée d'habitude. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 149.) — Sheffield. Un cas de chorée avec participation du muscle ci-

liaire. (*Americ. med. surg. Bull.*, 14 nov.) — Guck. 2 cas typiques de chorée rhumatismale. (*Ibid.*, 14 nov.) — Bechterew. Chorée grave. (*Neurol. Westnik*, IV.) — Bonhœfer. Sur la localisation de l'hémichorée. (*Mon. f. Psych.*, I, 1.) — Gumpertz. Un cas de chorée paralytique. (*Berl. klin. Woch.*, 3 août.) — Mongour et Verdelet. Un cas d'astasie-abasie choréiforme. (*J. méd. Bordeaux*, 29 nov.) — Moncorvo. De l'analgésie dans le traitement de la chorée de Sydenham. (*J. de clin. inf.*, 26 nov.)

Choroïde. — Mannhardt. Le colobome de la choroïde et ses suites. (*Arch. f. opht.*, XLIII, p. 127.) — Demidowitsch. Coloboma de la choroïde des deux yeux avec coloboma de l'iris à gauche. (*Westn. Oftalm.*, XIII, p. 228.) — Vignes. Un cas de sarcome choroïdien à évolution lente. (*Soc. d'opht. Paris*, 13 oct.) — Addario. Les injections sous-conjonctivales de sublimé dans les irido-choroïdites infectieuses et sympathiques. (*Accad. sc. nat. Catania*, 13 déc.)

Circulation. — Binet et Courtier. Etude des changements de forme du pouls artériel et du pouls capillaire aux différentes heures de la journée. (*Rev. neurol.*, 30 déc.) — Benedikt. Biomécanique du circuit circulatoire. (*Wiener med. Woch.*, 14 nov.) — Hallion et Comte. Sur la forme du pouls total fournie par notre plétysmographe. (*Arch. de phys.*, IX, p. 96.) — Trautwein. Du mode de formation des élévations catacrotes du pouls. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVII, p. 239.) — W.-H. Thompson. Effets physiologiques de la peptone injectée dans la circulation. (*J. of phys.*, XX, p. 455.) — A. Bum. Traitement mécanico-gymnastique des troubles circulatoires. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 451, 18 mai.)

Climat. — De la Harpe. Du climat d'altitude au point de vue thérapeutique. (*Bull. méd.*, 30 déc.) — Proust. Les climats du Midi. (*France méd.*, 27 nov.) — Edwards. Atlantic city en automne. (*N.-York med. j.*, 5 déc., — Arnould. Les modifications du sang sous l'influence des climats de montagne. (*Rev. d'hyg.*, juill.) — Becker. Arizona, vallée de la Rivière salée. (*Boston med. Journ.*, 3 déc.) — Proust. Des climats maritimes, voyages sur mer. (*Rev. int. de méd.*, 25 nov.)

Cœur. — Heynemann. Distribution vasculaire du cœur. (*Arch. f. Phys.*, p. 552.) — Braun. L'expression des mouvements du cœur sur la paroi thoracique. (*Wiener med. Woch.*, 28 nov.) — Müller. Théorie du choc cardiaque. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 oct.) — Contejean. La contraction cardiaque est-elle un tétanos? (*Soc. de biol.*, 12 déc.) — Braun. Méthodes de représentation graphique des mouvements du cœur. (*Wiener med. Woch.*, 17 déc.) — Courtade. De la fonction rythmique du cœur. (*Arch. de phys.*, IX, p. 69.) — Engelmann. De l'influence de la systole sur la transmission motrice dans le ventricule du cœur avec quelques observations sur la théorie des troubles allorythmiques de cet organe. (*Arch. néerl. des sc.*, XXX, 3.) — Besold. Sur la théorie du choc de Martius. (*Münch. med. Woch.*, p. 1206, 8 déc.) — V. Holowinski. Photographie des deux bruits du cœur, simultanément avec les autres ondes physiologiques. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 201.) — Benno Lewy. Travail du cœur sain et malade. (*Ibid.*, p. 321.) — Grant. Un cas d'ectocardie. (*Brit. med. j.*, 5 déc.) — Fernet. Un cas d'ectopie cardiaque (dextrocardie) sans inversion des viscères. Interprétation pathogénique. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 déc.) — Gallois. Forme rare de malformation cardiaque congénitale. (*Lyon méd.*, 6 déc.) — Kalindero et Babes. Malformation insignifiante de la cloison interventriculaire aboutissant à une lésion mortelle. (*Arch. des sc. méd.*,

sept.) — Sweet. Affection cardiaque congénitale. (*Austral. med. Gaz.*, 21 déc.) — V. Eisenmenger. Absence congénitale de la cloison du cœur. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 1.) — Ribbert. De la dégénération graisseuse du cœur. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 521, 15 août.) — Marie. L'infarctus du myocarde et ses conséquences, ruptures, plaques fibreuses, anévrismes du cœur. (*Thèse de Paris.*) — Barié. La tuberculose du cœur. (*Semaine méd.*, 2 déc.) — Dickinson. Adhérence du péricarde, cause d'hypertrophie mortelle du cœur. (*Amer. j. of med. sc.*, déc.) — Macaine et Ballet. Un cas de péricardite rhumatismale à streptocoque. (*Méd. mod.*, 16 déc.) — Deguy. Un cas de péricardite hémorragique. (*Soc. anat. Paris*, 13 nov.) — Robinson. Péricardite suppurée traitée par la résection de la 6e côte et le drainage. (*London clin. Soc.*, 13 nov.) — Ewart. L'épanchement péricardique latent et transitoire. (*Lancet*, 21 nov.) — Bernard. Péricardite rhumatismale aiguë diagnostiquée pendant la vie, à forme d'angine de poitrine. (*Soc. anat. Paris*, 30 nov.) — Meldon. Ponction du péricarde. (*Royal Acad. med. Ireland*, 13 nov.) — Besnard. Hypertrophie idiopathique du cœur par surmenage. (*Thèse de Munich.*) — Virchow. Hypertrophie du cœur par valvule supplémentaire de l'orifice pulmonaire. (*Berl. klin. Woch.*, 27 juill.) — Villière. Oblitération de l'orifice de la coronaire droite par une plaque d'athérome, mort subite. (*Soc. Anat. Paris*, 6 nov.) — De Gennes et Griffon. Coronarite oblitérante, plaque fibreuse du myocarde. (*Ibid.*, 4 déc.) — Crouzon et May. Abcès métastatique du cœur. (*Ibid.*) — Jaccoud. Insuffisance aortique. (*L'Abeille méd.*, 28 nov.) — Dufour. Des insuffisances aortiques d'origine traumatique. (*Thèse de Paris.*) — Launois. Insuffisance aortique par rupture valvulaire chez un bicycliste. (*Soc. méd. des hôp.*, 4 déc.) — V. Weismayr. Insuffisance aortique sans bruit et pseudo-insuffisance. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 29.) — Cavazzani. 4 cas de rétrécissement mitral pur. (*Riforma med.*, 30 nov.) — Samways. L'oreillette gauche dans le rétrécissement mitral, hypertrophie et dilatation. (*Brit. med. j.*, 28 nov.) — Dock. Rétrécissement tricuspidien. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 186.) — Landrieux. Un cas de tachycardie paroxystique. (*J. des Praticiens*, 5 déc.) — P. Parisot. Crises épileptiques d'origine cardiaque, leur traitement. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 avril.) — Hirschfeld. De l'alimentation dans les maladies du cœur. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 août.) — Graeupner. Sur la balnéothérapie des maladies chroniques du cœur. (*Ther. Woch.*, 29 nov.) — Tussey. La digitale et les lésions valvulaires aortiques. (*Americ. med. Bull.*, 12 déc.) — Merklen. De l'action dissociée de la digitale dans l'asystolie. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 déc.) — Jacobi. Gymnastique et cœur gras. (*Ibid.*) — Heineman. Traitement des affections chroniques du cœur selon la méthode de Schott. (*Med. Record*, 12 déc.) — Williams. Rupture du muscle cardiaque. (*Lancet*, 12 déc.) — Leroux et Meslay. Sarcome du cœur. (*Soc. anat. Paris*, 23 oct.)

Conjonctive. — Foole. Bactériologie de la conjonctive normale. (*Microscop. journ.*, nov.) — Axenfeld. Le diplobacille de la conjonctivite chronique. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 1.) — Higgins. Œdème de la conjonctive oculaire. (*J. Americ. med. Ass.*, 21 nov.) — Despagnet. Un cas de conjonctivite infectieuse. (*Soc. franç. d'opht.*, 13 oct.) — Van der Straeten. De quelques cas de conjonctivite pseudo-membraneuse. (*Presse méd. belge*, 27 déc.) — Garlinski. Conjonctivite diphtéritique guérie par le sérum. (*Kron. lek.*, p. 659.) — Cetnarowich. Ulcères de la conjonctive d'origine variolique. (*Ibid.*, p. 385.) — Panas. Diagnostic du chalazion. (*Presse méd.*, 19 déc.) — Pick. Du trachome et du catarrhe folliculaire. (*Ther. Mon.*, déc.) — Reynolds. La conjonctivite granuleuse. (*J. Americ. med. Ass.*, 19 déc.) —

E. Berger. Sur la contagiosité du trachome dans les diverses races. (*Rev. gén. d'opht.*, XV, p. 529.) — Ewetzky. Sclérome de la conjonctive. (*Beit. z. Aug.*, fév.) — Kamocki. Sur la dégénérescence amyloïde de la conjonctive. (*Ibid.*) — Gunn. Eruption bulbeuse aiguë de la conjonctive. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XVI, p. 45.) — Walker. Cysticerque de la conjonctive. (*Ibid.*, p. 47.) — Jessop. Papillome de la conjonctive. (*Ibid.*, p. 48.) — Branner. Tumeur tuberculeuse de la conjonctive. (*Ibid.*, p. 49.) — Schimmelpfennig. Un cas de xérose conjonctivale infantile avec kératomalacie. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p 41.) — Schlodtmann. De l'infiltration gélatineuse de la conjonctive et de la sclérotique, (*Ibid.*, p. 56.) -- Cheney. Un cas de tuberculose de la conjonctive, probablement primitive, suivie d'infection généralisée et de mort. (*Boston med. j.*, 12 nov.) — Keyser. Ptérygion double d'un seul côté chez un jeune sujet. (*Ann. of opht. and otol.*, V, p. 960.)—Turot. De l'antisepsie préopératoire de la conjonctive. (*Thèse de Paris.*) — Van Fleet. Traitement de la conjonctivite. (*Americ. med. Bull.*, 19 déc.) — Terson. Traitement du catarrhe conjonctival aigu. (*Rev. int. de méd.*, 25 nov.) — Jacovidès. L'ichtyol dans le traitement des conjonctivites et des blépharites. (*Thèse de Paris.*) — De Beck. Kystes sous-conjonctivaux. (*Ann. of opht. and otol.*, V, p. 1009.) — Devereux. Nœvus de la conjonctive. (*Lancet*, 5 déc.) — Wagenmann. Carcinome de la conjonctive né sur la cicatrice d'une exentération. (*Klin. Mon. f. prakt. Augenh.*, août.)

Coqueluche. — J. Froehlich. Pathologie de la coqueluche. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 53.) — Léon. De la durée de l'incubation et de l'époque de la transmissibilité de la coqueluche. (*J. méd. Bordeaux*, 25 oct.) — Dytel. Traitement de la coqueluche. (*Kron. lek.*, p. 691.) — Gundrum. Traitement de la coqueluche. (*Ther. Gaz.*, 16 nov.) — Martin. Traitement de la coqueluche par la quinoléine. (*Thèse de Lyon.*) — Le Goff. Traitement de la coqueluche par l'antipyrine. (*N. Montpellier méd.*, 26 déc.)

Cornée. — Ranvier. Une théorie nouvelle sur la cicatrisation et le rôle de l'épithélium antérieur de la cornée dans la guérison des plaies de cette membrane. (*Acad. des sc.*, 28 déc.) — Hirschberg. Vaisseaux de la cornée. (*Arch. f. Physiol.*, p. 531.) — De Bono. Réfraction et correction optique du kératocone. (*Arch. di ottalm.*, IV, p. 141.)—Goering. Guérison d'une kératite bulleuse. (*Deut. med. Woch.*, 10 déc.) — Dujardin. Kératite obstétricale. (*J. sc. méd. Lille*, 28 nov.) — Frost. Opacité annulaire de la cornée. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XVI, p. 53.) — Scott. Kératite dans la lèpre. (*Ibid.*, p. 51.) — Nottage. Les abcès de la cornée. (*Americ. med. Bull.*, 12 déc.) — Lakah. De l'ignipuncture, ses avantages dans les ulcères de la cornée et principalement dans les complications cornéennes dues à l'ophtalmie purulente. (*Clin. opht.*, II, p. 115.) — Pansier. L'électricité dans le traitement des ulcérations profondes de la cornée. (*Ann. d'ocul.*, déc.) — Aurand. La valeur de l'airol dans le traitement des ulcères infectieux de la cornée. (*Province méd.*, 28 nov.) — Bourgeois. 2 observations relatives au traitement du kératocone. (*La Clin. opht.*, II, p. 120. — Dujardin. Ténotomie du droit supérieur dans certains cas de leucomes de la cornée. (*Ibid.*, nov.)

Corps étrangers. — Palazzolo. Sangsue dans le larynx extraite par les voies naturelles. (*Boll. mal. dell' Orecchio*, XIV, p. 245.) — Botey. Cricothyrotomie pour corps étranger de la région sous-glottique. (*Arch. latinos de rinol.*, sept.) — Parker. Cas embarrassant de trachéotomie pour corps étranger. (*Laryngoscope*, I, p. 217.) — Milligan. Corps étrangers du nez.

(*Clin. Chronicle*, juin.) — Latulle. 5 cas de corps étrangers du nez et de l'oreille. (*Poitou méd.*, 1er nov.) — Mouflier. Epilepsie jacksonienne déterminée par un corps étranger de l'oreille. (*Union méd. Nord-Est*, 30 nov.) — Dehenne. Corps étrangers oubliés dans l'orbite après exentération et énucléation, troubles sympathiques. (*Soc. anat. Paris*, 24 oct.) — Ardoin. Effets des éclats de capsule de cuivre sur l'œil. (*Thèse de Lyon.*) — Gepner. Sur les corps étrangers métalliques dans l'œil. (*Medycyna*, 37.) — Hirschberg. De l'extraction magnétique des corps étrangers de l'œil. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 juin.) — Bottomley. 2 cas de mort par une aiguille dans la région cardiaque. (*Brit. med. j.*, 5 déc.) — Sainsbury et Berry. 2 cas de mort par aiguille dans la poitrine. (*Lancet*, 28 nov.) — Péan. Sur une œsophagotomie externe avec diagnostic radiographique pour l'extraction d'une pièce de monnaie. (*Bull. Acad. de méd.*, 8 déc.) — Martaud et Laubic. Extirpation à travers l'ombilic d'une épingle d'acier à tête noire avalée deux jours auparavant. (*J. méd. Bordeaux*, 18 oct.) — Grünfeld. Des corps étrangers de la vessie. (*Wiener med. Blätter*, 48.) — Woyer. Un rare corps étranger du vagin. (*Ibid.*, 53.) — Krause. Epingle à cheveux ayant séjourné 2 ans dans le vagin d'une fillette de 4 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 sept.) — Godfrey. Rétention prolongée d'un pessaire, 50 ans. (*Lancet*, 5 déc.)

Cou. — Koutnik. Des tumeurs gazeuses du cou. (*Gaz. hebd. Paris*, 20 déc.) Knopf. Phlegmon profond du cou, suite de scarlatine, hémorragie par la veine jugulaire. (*Deut. med. Woch.*, 17 déc.) — Ginestous. Lipome du cou. (*J. méd. Bordeaux*, 6 déc.)

Crâne. — Regnault. Forme excavée de la fosse temporale. (*Soc. anat. Paris*, 30 oct.) — Mueller. Lacune traumatique du crâne. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 août.) — Choux. Des plaies pénétrantes du crâne par armes piquantes. (*Arch. de méd. mil.*, déc.) — Dubujadoux. Autoplastie secondaire dans un cas de plaie contuse du crâne avec dénudation des os. (*Ibid.*, déc.) — Bayer. De la trépanation primitive dans les plaies du crâne. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 717.) — Dupont. Fracture de la base et de la voûte du crâne par coup de feu, recherche du projectile dans le cerveau, guérison. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, X, p. 878.) — Jacobsohn et Jamane. Pathologie des tumeurs de la fosse postérieure du crâne. (*Arch. f. Psych.*, XXIX, p. 80.) — Jacobsohn et Jamane. Altérations anatomiques du système nerveux central dans les tumeurs de la fosse postérieure du crâne. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 445, 18 mai.) — Gallet. Tumeur sanguine en communication avec les tissus craniens. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 déc.) — Zaepffel. Observation d'exostose ostéogénique du crâne. (*Loire méd.*, 15 oct.) — Hahn. 8 cas de trépanation du crâne (abcès du cerveau, tumeur, coup de feu, encéphalite aiguë, épanchement sanguin). (*Berlin. klin. Woch.*, 3 août.) — Marcotte. De l'hémicraniotomie temporaire. (*Thèse de Paris.*) — Marcotte. De l'hémicraniectomie temporaire de Doyen. (*Arch. prov. de chir.*, IV, p. 1.) — Van Arsdale. Technique de la résection temporaire du crâne. (*Ann. of surg.*, oct.)

Criminel. — Mondio. Circonvolutions cérébrales des délinquants. (*Arch. di psichiat.*, XVII, 5 et 6.) — De Sanctis. Songes des délinquants. (*Ibid.*) — Magri. Familles d'où viennent les délinquants. (*Ibid.*) — Cristiani. Terminaison des psychoses chez les aliénés criminels. (*Ibid.*) — Maltese. Anomalies des dents et des arcades maxillaires sur les crânes criminels. (*Ibid.*, XVII, 4.) — Carrara et Roncoroni. Cerveau et crâne de Colli, brigand sicilien. (*Ibid.*) — Delassus. Les criminels et les théo-

ries de la criminalité. (*J. sc. méd. Lille*, 12 déc.) — Daniel. Plaidoyer en faveur de la réforme de la jurisprudence criminelle. (*J. Americ. med. Ass.*, 21 nov.)

Cristallin. — Gonin. Sur la régénération du cristallin. (*Thèse de Lausanne.*) — Stadfeldt. Modifications du cristallin par traction de la zonule. (*Klin. Mon. f. Aug.*, déc.) — Contejean. Extirpation de deux cristallins sur le chien avec conservation dans une certaine mesure de l'accommodation. (*Soc. de biol.*, 12 déc.) — Abbe. Expulsion traumatique des deux cristallins. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 519.) — Frank. Un cas atypique de catarrhe printanier simulant une tumeur de la cornée. (*Klin. Mon. f. Aug.*, août.) — Cramer. Un cas de lenticone postérieur. (*Ibid.*, août.) — Mennicke. Un cas de cataracte par entozoaire. (*Ibid.*, déc.) — Jocqs. Extraction du cristallin dans un cas de tache circonscrite du centre de la lentille. (*Soc. opht. Paris*, 1er déc.) — Haring. Anatomie pathologique de la cataracte pyramidale avec adhérences cornéennes. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p. 25.) — Galezowski. Nouveau procédé opératoire des cataractes secondaires à l'aide de deux aiguilles serpettes. (*Rev. d'opht.*, p. 513.) — Vignes. Retard de cicatrisation chez les opérés de cataracte. (*Soc. franç. d'opht.*, 13 oct.)

D

Démographie. — Gottstein. Relation entre les épidémies et la mortalité infantile. (*Hyg. Rundsch.*, 1er oct.) — Bertillon. De la mortinatalité et des naissances prématurées selon l'âge du fœtus et selon l'âge de la mère. (*Rev. d'hyg.*, juin.) — Lavrand. Peuplement du globe, migration. (*J. sc. med., Lille*, 14 nov.) — Powell. L'augmentation des cas de folie et de tuberculose chez les nègres du Sud depuis 1860. (*J. Americ. med. Ass.*, 5 déc.) — Lagneau. Influence du milieu sur la race, modifications mésologiques des caractères ethniques de la population française. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.)

Dent. — Leche. Morphologie du système dentaire chez les insectivores. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 1.) — Papillault. Anomalie héréditaire dans la dentition. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, 3 et 4.) — Talbot. Mâchoires et dents dégénérées. (*J. Amer. med. Ass.*, 5 déc.)

Désinfection. — Mlle Lewitzky. Sur la désinfection par SO^2. (*Thèse de Genève.*) — Wingate. Désinfection des chambres après les maladies contagieuses. (*Med. News*, 5 déc.) — V. Schab. De la désinfection des livres de bibliothèque. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 141.) — Klein. Action désinfectante de l'hypochlorite de soude. (*Lancet*, 28 nov.) — Oppler. La stérilisation des catheters élastiques par les vapeurs de formaldéhyde. (*Münch. med. Woch.*, p. 1068, 3 nov.)

Diabète. — Grube. Etiologie et pathologie du diabète. (*Münch. med. Woch.*, 9 juin.) — Lépine. Récents travaux sur la pathogénie des diabètes. (*Rev. de méd.*, nov.) — Gilbert et Carnot. Action des extraits hépatiques sur la gly-

cosurie occasionnée par l'injection intraveineuse de glycose. (*Soc. de biol.*, 19 déc.) — Patella et Mori. Les réactions colorantes du sang des diabétiques. (*Gaz. d. Osped.*, 15 nov.) — De Renzi et Reale. Sur le pouvoir de destruction du lévulose dans le diabète clinique et expérimental et sur son importance comme agent d'épargne de l'albumine. (*Riv. clin. e terap.*, nov.) — Elliott. L'urine dans le diabète sucré. (*J. Amer. med. Ass.*, 26 déc.) — Tenbaum. Elimination de chaux par l'urine dans le diabète. (*Zeit. f. Biol.*, XXXIII, p. 379.) — Nebelthau. Signification grave des cylindres de l'urine dans le coma diabétique. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 août.) — Gumpertz. Des rapports du diabète et de l'hystérie. (*Deut. med. Woch.*, 3 déc.) — Kahn. Deux cas de diabète grave chez des jeunes sans urobiline. (*Arch. gén. de méd.*, déc.) — F. Hirschfeld. De l'acétonurie et du coma diabétique. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 212.) — Pusinelli. Des rapports entre le diabète et la cirrhose du foie. (*Berl. klin. Woch.*, 17 août.) — Albu. Le traitement moderne du diabète. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 21 nov.) — Klee. Diabète guéri par l'hydrothérapie et le régime. (*Ugesk. f. Läger*, III, p. 433.) — Beylot. De la levure de bière dans le diabète sucré. (*Thèse de Bordeaux.*) — Purdy. Du traitement du diabète. (*J. Americ. med. Ass.*, 19 déc.) — Brackmann. L'hydrate d'amylène dans le diabète insipide. (*Therap. Mon.*, déc.) — Hendric. Diabète insipide avec paralysie de la 6e paire. (*J. of nerv. dis.*, déc.)

Digestion. — Rolando. Influence du suc gastrique sur la digestion des graisses. (*Accad. med. Genova*, 30 nov.) — Moore et Rockwood. Du mode d'absorption des graisses. (*J. of phys.*, XXI, p. 58.) — Winter. De l'équilibre moléculaire des humeurs, rôle des chlorures, application à l'étude des limites du cycle digestif. (*Arch. de phys.*, VIII, 2.) — Frankel. Des produits de destruction de l'albumine dans la digestion peptique et pancréatique. (*Wiener med. Blätter*, 45.) — Otte. Recherches critiques et expérimentales sur la digestion des tissus vivants. (*Arch. de biol.*, XIV, p. 695.)

Diphtérie. — J. Bernheim et Folger. Du bacille diphtérique ramifié. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 905.) — De Martini. La différenciation du bacille diphtérique et du bacille pseudo-diphtérique. (*Ibid.*, XXI, p. 87.) — Uschinsky. Des cultures de diphtérie sur milieu albumineux. (*Ibid.*, XXI, p. 146.) — Peters. Bacilles diphtériques et pseudo-diphtériques. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 181.) — Cobbett et Phillips. Le bacille pseudo-diphtérique. (*Ibid.*, p. 193.) — Frenkel. Différenciation du vrai et du faux bacille de la diphtérie. (*Hyg. Rundsch.*, 15 oct.) — Smirnow. D'une antitoxine artificielle de la diphtérie. (*Arch. de biol., St-Pétersb.*, IV, p. 504.) — Nicolas. Atténuation du bacille de Lœffler ayant subi la réaction agglutinative par l'action du sérum anti-diphtérique. (*Soc. de biol.*, 5 déc.) — Charrin. Remarques sur ce travail. (*Ibid.*) — Bolton. Antitoxine diphtérique rencontrée quelquefois dans le sang de chevaux n'ayant pas reçu d'injection de toxine. (*Trans. Assoc. Amer. phys.*, XI, p. 62). — Bolton. Production de l'antitoxine par le passage de l'électricité sur des cultures diphtériques. (*Ibid.*, p. 66.) — Smith. Conditions qui influencent l'apparition de la toxine dans les cultures du bacille diphtérique. (*Ibid.*, XI, p. 37.) — Bolton. Examen de cultures de cas suspects de diphtérie, 3,363 cultures. (*Med. and surg. reporter*, 27 juin.) — Béla Fenyvessy. Action de la toxine et de l'antitoxine diphtériques sur le cœur de la grenouille. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIII, p. 216.) — Henry. Sur les pseudo-diphtéries à streptocoques. (*Thèse de Lille.*) — Camus. Du rôle de la persistance des germes dans la transmission de la diphtérie. (*Thèse de Lyon.*) — Schottelius. Présence du bacille diphtérique dans le lait. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 897.) — Sharp.

Le croup membraneux est-il toujours dû au microbe de la diphtérie. (*Edinburgh med. journ.*, déc.) — Mackay. Courte note sur la valeur des recherches bactériologiques dans la diphtérie. (*Ibid.*, déc.) — Enriquez et Hallion. Injections intraveineuses d'eau salée dans l'intoxication diphtéritique expérimentale. (*Soc. de biol.*, 26 déc.) — Mya. Le début de l'infection diphtérique. (*Wiener med. Blätter*, 24 déc.) — W. Kuehnau. Des infections mixtes par le proteus dans la diphtérie de la gorge. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 567.) — Crocq. Considérations sur la nature et le diagnostic de la diphtérie. (*Bull. acad. méd. Belg.*, 7, p. 474.) — Wastmann. La diphtérie dans le canton de St-Gall. (*Corr.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 1er mai.) — Carlsen. Le développement de la diphtérie en Danemark et en Allemagne. (*Janus*, I, p. 161.) — Igl. La diphtérie à Brunn. (*Hyg. Runds.*, VI, p. 563.) — Variot. Observation personnelle de diphtérie très bénigne avec association microbienne (Lœffler courts et moyens et streptocoques). (*Soc. méd. des hôp.*, 4 déc.) — Bayeux et Audion. Diphtérie laryngo-trachéo-bronchique sans tirage manifeste, mort. (*J. de clin. inf.*, 26 nov.) — Stewart. 11 cas de diphtérie laryngée. (*Ann. of Gyn.*, nov.) — Concetti. A propos de quelques formes prolongées de diphtérie laryngée. (*Pediatria*, 9.) — Variot. Faux croup grave et diphtérie bactériologique du pharynx. (*J. de clin. inf.*, 3 déc.) — Mlle Korzon. Un cas de diplopie monoculaire post-diphtéritique. (*Thèse de Genève.*) — Henschen. Sclérose disséminée aiguë de la moelle, avec névrite consécutive à la diphtérie chez un enfant. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXVIII.) — Rimini (E.). Infection purulente et suppuration aiguë de l'oreille moyenne à la suite de diphtérie. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 juil.) — Goodall. 3 cas de diphtérie chez des malades atteints de néphrite traités par l'antitoxine. (*Lancet*, 21 nov.) — Munn. Diphtérie du pénis. (*Med. Record*, p. 829, 5 déc.) — Chapman. Le traitement de la diphtérie. (*N.-York med. j.*, 19 déc.) — Fischer. Le traitement de la diphtérie. (*Med. Record*, 26 déc.) — Graelzer. Teinture de myrrhe dans la diphtérie. (*Münch. med. Woch.*, p. 1164, 24 nov.) — Flick. Le calomel, spécifique contre la diphtérie. (*Med. and surg. Reporter*, 13 juin.) — E. Franz. Du tubage temporaire dans la trachéotomie. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 10.) — E. Olivier. Tubage dans le croup. (*Rev. méd. Suisse rom.*, oct.) — Sorensen. Sérothérapie dans la diphtérie. (*Hosp. Tidende*, IV, p. 521.) — Posselt. La sérothérapie de la diphtérie. (*Wiener med. Woch.*, 31 oct.) — Giorgi. Statistique de la sérothérapie diphtérique. (*Riv. venet. sc. med.*, 31 déc.) — Monti. Le sérum antidiphtérique. (*Arch. f. Kind.*, XXI, 1.) — De Martini. Le sérum diphtérique après filtration par le filtre Chamberland. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 796.) — Passini. Durée de l'immunité conférée par la vaccine antidiphtérique. (*Wiener klin. Woch.*, 26 nov.) — Smirnow. De la préparation artificielle de l'antitoxine diphtéritique. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 juil.) — Chevallier. De la sérothérapie antidiphtérique dans le département de la Somme. (*Thèse de Paris.*) — L. Revilliod. Sérothérapie dans la diphtérie, mortalité tombée de 37 à 5 %. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 377.) — Concetti. Nouvelles observations sur la sérothérapie antidiphtérique. (*Bull. Accad. med. Roma*, XXII, 7.) — Huguenin. Sérothérapie dans la diphtérie. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 436.) — Lennox Browne. Le traitement de la diphtérie par l'antitoxine ; plaidoyer contre. (*J. of laryng.*, déc.) — Borthwick et Irwin. Bactériologie de la diphtérie et traitement par l'antitoxine. (*Australas. med. Gaz.*, 20 juin.) — Koval. Cas de polyarthrite aiguë après injection de sérum antidiphtérique. (*Kron. lek.*, p. 13.) — Chaumier. Des abcès survenant à la suite des injections de sérum antidiphtérique. (*Gaz. méd. du Centre*, déc.)

Dysenterie. — Janowski. Etiologie de la dysenterie. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 88.) — Gibert. Dysenterie et sérum artificiel. (*N. Montpellier méd.*, 31 oct.) — Galli-Valerio. Etiologie et sérumthérapie de la dysenterie. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 901.)

E

Eau. — Maurel. Action de l'eau distillée sur le sang humain. (*Soc. de biol.*, 28 nov.) — Holz. L'eau potable à Metz et les environs. (*Arch. f. Hyg.*, XXVIII, 2.) — Turié. Les eaux d'alimentation de Porto-Nuovo. (*Arch. de méd. nav.*, déc.) — O. du Mesnil. Alimentation de la banlieue de Paris en eau épurée et filtrée. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.) — Maul. De l'essai de l'eau potable. (*Münch. med. Woch.*, p. 1101, 10 nov.) — Forel. Aération des eaux du lac de Genève. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 266.) — Draer. L'eau de Pregel à Kœnigsberg ; sa valeur comme eau potable. Remarques sur l'épuration spontanée des cours d'eau et sur le déversement des égouts dans les fleuves. (*Zeit. f. Hyg.*, XX.) — Richou. Les systèmes de relevage des eaux de rivière et de puits pour le lavage des cabinets. (*Rev. d'hyg.*, août.) — Pignant. Sur un projet de drainage et d'épuration par le sol des eaux usées de l'asile d'aliénés du Jura. (*Bourgogne méd.*, IV, p. 70.) — Remelé. Epuration des eaux sales par l'électricité. (*Arch. f. Hyg.*, XXVIII, 3.) — Davids. Teneur en microbes du sous-sol fluvial à diverses profondeurs. (*Ibid.*, XXIV.)

Eaux minérales. — Ludwig. Influence de l'eau de Carlsbad sur les échanges organiques. (*Cent. f. inn. Med.*, 7 nov.) — Bouloumié. Quelques mots sur la cure de Vittel, son action, ses résultats, ses indications et ses contre-indications. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er oct.) — Garrigou. La matière organique de l'eau minérale de Tulle haut. (*Acad. des sc.*, 16 nov.) — Bouchard et Desgrez. Composition des gaz qui se dégagent de l'eau minérale de Bagnoles-de-l'Orne. (*Ibid.*, 7 déc.) — Jacquot. Le service d'inspection des eaux minérales dans la Seine. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.) — Harrington. L'action des eaux lithinées artificielles. (*Boston med. Journ.*, 24 déc.)

Eclampsie. — Eskelin. 150 cas d'éclampsie. (*Finska läkar. handlingar*, XXXIX, p. 38.) — Bué. Pathogénie et traitement des accès éclamptiques. (*Arch. de gyn.*, sept.) — Pestalozza. Conception moderne et traitement de l'éclampsie. (*Settimana med.*, 12 déc.) — Edgar. Traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Med. Record*, 26 déc.) — Bossi. Le traitement de l'éclampsie. (*Gaz. d'osped.*, 22 nov.) — Auvard et Daniel. Albuminurie gravidique chez une femme grosse de un mois et demi, éclampsie, vomissements incoercibles, électricité galvanique, avortement provoqué, guérison immédiate. (*Arch. de gyn.*, sept.) — Ferré. Du traitement de l'éclampsie puerpérale, sa prophylaxie. (*L'Obstétrique*, 15 nov.) — Mangiagalli. Le traitement de l'éclampsie. (*Ann. of gyn.*, nov.) — Drejer. Sur le traitement obstétrical de l'éclampsie puerpérale. (*Norsk. Magazin*, sept.)

Ecthyma. — Thibierge et Bezançon. Rôle du streptocoque dans la pathogénie

de l'ecthyma. (*Soc. de biol.*, 11 juil.) — Gastou et Emery. Ecthyma scrofuleux. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1438.)

Eczéma. — Spiegler. Etudes histologiques sur l'eczéma marginé. (*Arch. f. Derm.*, XXXVIII, p. 219.) — Wallsch. Du pléomorphisme des champignons pathogènes, en particulier dans l'eczéma marginé. (*Ibid.*, XXXVII, p. 3.) — Török. Sur la signification des lésions eczémateuses et sur les réactions générales de la peau. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1397.) — Perrin. Faits cliniques semblant prouver la contagiosité et la transmissibilité de l'eczéma séborrhéique des régions inguinales. (*Marseille méd.*, 1er nov.) — Petersen. Le traitement de l'eczéma. (*St-Petersb. med. Woch.*, 21 nov.)

Electricité. — Newman. De la nécessité de l'enseignement de l'électrothérapie dans les Facultés de médecine. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 nov.) — Truchot. Utilisation de la machine rhéostatique de Planté en électrothérapie. (*Ibid.*) — Rosenthal. De la cataphorèse en art dentaire. (*Ibid.*, déc.) — Roques. 2 cas de phlébite traités par le courant galvanique. (*Ibid.*) — Boruttau. De l'électrotonus et des courants phasiques sur les nerfs des céphalopodes. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVI, p. 285.) — Constantinoff. Sur la réaction électrique sonore. (*Thèse de Genève.*) — Dubois. Théorie de l'action physiologique nulle des courants d'induction à haute tension et à hautes alternatives. (*Corresp.-Blatt. f. schw. Aerzte*, p. 422, 1er juil.) — Schwartz. De la valeur diagnostique de l'éclairage électrique des cavités du corps. (*Thèse de Rostock.*) — Patrick. Electro-diagnostic et électrothérapie. (*Medicine*, nov.) — Lombroso. A propos de cataphorèse électrique chloroformique. (*Settimana med.*, 19 déc.) — Vigouroux. Sur l'emploi thérapeutique des courants à haute fréquence (courants de Tesla). (*Progrès méd.*, 21 nov.) — Althaus. L'électrothérapie de l'impotence (psychique, spinale, sexuelle, etc.) (*Berlin. klin. Woch.*, 7 sept.) — Courtade. De la constipation et de son traitement électrique. (*J. des Praticiens*, 21 nov.) — Cleaves. La Franklinisation dans le traitement de la neurasthénie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 nov.) — Scharpe. Particularités et traitement des traumatismes électriques. (*Ibid.*, 7 nov.)

Embolie. — Lamy. Lésions de la moelle consécutives aux embolies expérimentales aseptiques. (*Soc. de biol.*, 19 déc., et *Arch. de phys.*, IX, p. 184.) — Heller, Mager, Schroetter. Des embolies aériennes artérielles. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 115.) — Rolleston. Mort subite par embolie d'une artère coronaire. (*Brit. med. j.*, 28 nov.) — Charrier et Apert. Rétrécissement mitral, obstruction embolique de l'aorte abdominale et des artères iliaques, embolie cérébrale. (*Soc. anat. Paris*, 13 nov.) — Puppe. Des embolies graisseuses dans le phosphorisme. (*Viertelj. f. ger. Med.*, fascicule supplémentaire, 1896.) — Gessner. Les embolies pulmonaires mortelles dans les affections gynécologiques. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXV, p. 155.) — Lesse. Embolie aérienne dans un cas de placenta prævia. (*Ibid.*, XXXV, p. 184.) — Goldberg. Le sort de la graisse des poumons dans l'embolie pulmonaire. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Kasianoff. Sur l'embolie pulmonaire par les cellules géantes du placenta. (*Ibid.*)

Embryologie. — Minot. Embryologie humaine. (In-8°, 825 p., *New-York.*) — Féré. Sur l'orientation et sur l'allure de développement de l'embryon de canard. (*Soc. de biol.*, 14 nov.) — Cannieu. L'aorte est formée par le troisième arc vasculaire et non le quatrième et l'artère pulmonaire ainsi que le ligament de Botal par le quatrième et non par le cinquième. (*Bibl. Anat.*, sept.) — Prenant. Notes cytologiques. (*Arch. d'anat. mic.*, I, 1.) —

Petline. Oblitération des artères ombilicales dans la première année de la vie extrautérine. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Huttenbrenner. Structure du cordon ombilical chez les embryons très jeunes. (*Wiener klin. Woch.*, 3 déc.) — Rabl. Développement du système uro-génital des sélaciens. (*Morphol. Jahrb.*, XXIV, p. 632.)

Empoisonnement. — Galezowski. De la valeur du nystagmus dans l'intoxication chloroformique et cocaïnique. (*Rev. d'opht.*, nov.) — Brouardel, Pouchet, Laugier. Empoisonnement d'un enfant par le chlorydrate de morphine. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.) — Surmont et Delval. Toxicité du genièvre. (*Ibid.*, oct.) — Eichenberger. Empoisonnement par la belladone. (*Corr.-Blatt. f. schw. Aerzte.*, 15 nov.) — Minter. Empoisonnement par le chanvre indien. (*Brit. med. j.*, 19 déc.) — Fuckel. Empoisonnement par la scopolamine. (*Therap. Mon.*, déc.) — Weiss. Empoisonnement par les champignons avec paralysie oculaire. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 103.) — Massie. Empoisonnement par la chlorodyne, guérison. (*Lancet*, 21 nov.) — Dieulafoy. Intoxication par le datura-stramonium. (*Presse médic.*, 30 déc.) — Le Dantec. Etude sur les armes empoisonnées et les poisons des flèches. (*Thèse de Bordeaux.*) — Roger. Influence des injections intraveineuses d'eau salée sur l'élimination des poisons. (*Soc. de biol.*, 28 nov.) — Roger. Des injections intraveineuses d'eau salée dans l'empoisonnement strychnique. (*Ibid.*, 14 nov.) — Chassevant et Got. Action des injections intraveineuses d'eau salée dans l'empoisonnement par la strychnine. (*Ibid.*, 28 nov.) — Argétoyaud. Des névrites dans l'intoxication sulfo-carbonée. (*Thèse de Paris.*) — Lande. Empoisonnement par l'oxyde de carbone. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 déc.) — Rachford. Empoisonnement par les leucomaïnes. (*Trans. Assoc. Amer. phys.*, XI, p. 1.) — Gunther. Recherches bactériologiques dans un cas d'empoisonnement par la viande. (*Arch. f. Hyg.*, XXVIII, 2.) — Mackenzie. Empoisonnement par l'acide phénique. (*Lancet*, 28 nov.) — Harris. La proportion élevée (record) de morts par l'acide phénique. (*Ibid.*) — Puppe. Empoisonnement par le paraphénylène diamine. (*Viertel. f. gerichtl. Med.*, fascicule supplémentaire, 1896.) — Conrads. Empoisonnement par le pétrole dans l'enfance. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 nov.) — Cadwallader. Empoisonnement par le nitrite d'amyle. (*Med. Record*, 5 déc.) — Tochefort. Intoxication par le sous-nitrate de bismuth. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 nov.) — Abrahams. Empoisonnement aigu par le plomb chez un enfant. (*Americ. med. surg. Bull.*, 7 nov.) — Weber. De l'intoxication iodique. (*J. des Praticiens*, 12 déc.) — Darnall. Un cas compliqué d'intoxication par le mercure. (*Med. Record*, 14 nov.) — Heymans et Masoin. Action antitoxique de l'hyposulfite de soude vis-à-vis du cyanure de potassium et du nitrile malonique. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 7, p. 470.) — Heymans et Masoin. L'hyposulfite de soude ne possède pas d'action curative vis-à-vis de l'intoxication par le cyanure de potassium. (*Ibid.*, X, p. 619.) — Périgord. Empoisonnement par le phosphore. (*Limousin méd.*, nov.) — Hitzig. Empoisonnement par l'acide acétique. (*Corr.-Blatt. f. schw. Aerzte*, nov.) — Karewski. Un cas d'empoisonnement par le chlorure de zinc. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 déc.) — Raymond. Paralysies arsénicales et troubles sensitivo-moteurs consécutifs à l'empoisonnement arsénical. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, IX, p. 321.) — Vérité. Sur un mode non décrit d'intoxication arsénicale. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1321.) — Faitout. Empoisonnement par le sublimé, lésions gastriques et intestinales, gangrène buccale et vulvaire. (*Soc. anat. Paris*, 13 nov.) — Tirelli. Sur l'anatomie pathologique des éléments nerveux dans l'empoisonnement aigu par le sublimé. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 230.) — Richardière. Empoisonnement par le sublimé corrosif.

Gangrène de la bouche, de la vulve, du gros intestin, mort dans le collapsus. (*Union méd.*, 21 nov.)

Enfant. — Nicolaysen. Le service de pédiatrie de Christiania pendant 1893-1895. (*Norsk Magasin*, déc.) — Marfan. La vie infantile et ses périodes. (*Semaine méd.*, 21 nov.) — Ausset. Généralités sur la pathologie et la clinique infantiles et leur manière d'être toute spéciale; notions générales de seméiologie infantile. (*Nord méd.*, 15 déc.) — Preyer. La psychologie de l'enfant. (*Rev. scient.*, 14 nov.) — Smith. Les meilleures méthodes d'examen des enfants malades. (*Med. News*, 19 déc.) — Marfan. Comment doit être conduit l'examen d'un enfant malade. (*L'Abeille méd.*, 21 nov.) — Reusing. Etudes sur la physiologie des nouveau-nés. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIV, p. 40.) — Abt. La signification clinique de la fontanelle de l'enfant. (*Medicine*, nov.) — Westphalen. De la présence microchimique du fer dans l'organisme fœtal. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 31.) — Sheffield. Une forme particulière d'hyperpyrexie continue chez les enfants. (*Amer. med. Bull.*, 26 déc.) — Reiser. Etude clinique de la coqueluche à la maison des enfants. (*Thèse de Genève.*) — Leidy. Sur le scorbut infantile. (*Boston med. Journ.*, 29 oct.) — Burr. Le scorbut infantile. (*J. Americ. med. Ass.*, 7 nov.) — Ireland. L'aliénation mentale chez les enfants. (*Edinb. med. journ.*, sept.) — Mingazzini. Sur la démence paralytique infantile. (*Accad. med. Roma*, 27 déc.) — Titeff. L'aprosexie chez les enfants. (*Thèse de Genève.*) — Braun. Des terreurs nocturnes chez les enfants. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIII, p. 407.) — Conturie. De l'hystérie chez les jeunes enfants. (*Thèse de Paris.*) — Romme. La tétanie chez les enfants. (*Revue mal. de l'enf.* nov.) — Seglas. Des états vésaniques consécutifs aux maladies infectieuses chez l'enfant. (*Soc. méd. des hôp.*, 27 nov.) — Combey et Frenkel. Dangers du vésicatoire chez l'enfant. Pseudo-méningite cantharidienne chez un garçon de 4 ans. (*Ibid.*, 6 nov.) — Brauer. Un cas de paralysie pseudo-bulbaire chez l'enfant. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, IX, p. 416.) — Passini. Endartérite syphilitique chez un enfant de 2 ans. (*Arch. f. Kind.*, XXI, 1.) — Hauser. Cœur de bœuf chez un enfant de 11 mois. (*Berl. klin. Woch.*, 6 juil.) — Weill et Barjon. Myocardite parenchymateuse chez l'enfant. (*Revue mens. mal. de l'enfance*, déc.) — Montagnon. Broncho-pneumonie des enfants et bains tièdes. (*Loire méd.*, 15 oct.) — Griffith. Pneumonie chez l'enfant. (*Med. News*, 5 déc.) — Laclautre. Difficultés du diagnostic de la pneumonie au début chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Comby. Traitement de la pneumonie franche chez l'enfant. (*L'Abeille méd.*, 28 nov.) — Rémy. Sur le traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant. (*J. de clin. inf.*, 24 déc.) — Dennig. La tuberculose chez l'enfant. (In-8°, 266 p., *Leipzig.*) — Hock. Le traitement créosoté chez les enfants. (*Wiener med. Blätter*, 49.) — Budin. Alimentation des nourrissons. (*Ann. d'hyg. pub.*, sept.) — Thiemich. Alimentation des nourrissons atteints de gastro-entérite par le lait de Backhaus. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 74.) — Dauchez. Des hématémèses chez l'enfant au-dessous de 15 mois. (*Soc. méd. chir., Paris*, 28 déc.) — Bell. L'usage du tube stomacal chez les enfants. (*J. Americ. med. Ass.*, 7 nov.) — Ardoin. Des infections aiguës du tube digestif chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Grasset. Fièvre gastro-intestinale de la seconde enfance. (*Gaz. des hôp.*, 8 déc.) — Carron de la Carrière. La constipation des bébés. (*J. des Praticiens*, 15 déc.) — Finkelstein. L'entérite folliculeuse des enfants. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 juil.) — Marfan. La gastro-entérite cholériforme des nourrissons; son traitement. (*Presse méd.*, 23 déc.) — Czerny et Keller. De la gastro-entérite chez les nouveau-nés. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 15 et 25.) — Fede. Le gros ventre des enfants. (*Pediatria*, déc.) — Chrzanowski. 2 cas de melœna chez le nouveau-né.

(*Arch. f. Kind.*, XXI, 5 et 6.) — Mlle Gordon. L'appendicite chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Taylor. Cirrhose du foie chez l'enfant. (*Guy's hosp. Rep.* LII, p. 45.) — Finizio. Abcès du foie chez un enfant. (*Pediatria*, nov. — Steiner. La maladie de Basedow chez l'enfant. (*Arch. f. Kind.*, XXI, 1. — Cattaneo. Maladie de Hodgkins associée à la tuberculose. (*Pediatria*, nov.) — Trousseau. Les traumatismes oculaires chez les enfants. (*Journal de méd. prat.*, 10 nov.) — Saxer. Un gros tératome formé en majeure partie de dérivés de la plaque médullaire. dans le troisième ventricule d'un enfant de 7 semaines. (*Ziegl. Beit. z. path. Anat.*, XX, p. 399.) — Cozzolino. La sécrétion sous-linguale dans l'enfance. (*Arch. f. Kind.*, XXI, 5 et 6.) — Delcroix. Invagination aiguë chez un enfant de 10 mois. Laparotomie. Guérison. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 oct.) — Northrup. Invagination chez un enfant de 7 mois; irrigations élevées. Guérison. (*Med. News*, 12 déc.) — Philippe. Deux laparotomies pratiquées chez des enfants pour affections intestinales, suivies de guérison. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 728.) — Parks. La circoncision n'est pas nécessaire chez les jeunes enfants. (*J. Amer. med. Ass.*, 5 déc.) — Hammond. Urétrotomie externe chez l'enfant. (*Med. News*, 28 nov.) — Durante. Hématurie cyclique de l'enfant. (*Pediatria*, oct.) — Romme. Les cystites colibacillaires chez les enfants. (*Tribune méd.*, 9 déc.) — Heydenreich. Sarcome du rein, enfant de 5 ans. (*Soc. méd. Nancy.*, 11 nov.) — Comby. Les hémorragies dans la vulvo-vaginite des petites filles. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 oct.) — Johannessen. Sarcome du bassin chez un enfant de 11 mois. (*Jahrb. f. Kind*,. XLIV, p. 114.)

Epilepsie. — Charrin. Accidents épileptiformes expérimentaux. (*Soc. de biol.*, 21 nov.) — Charrin. Epilepsie expérimentale. (*Arch. de phys.*, IX, p. 181.) — Hallager. De la nature de l'épilepsie, études sur la physiologie pathologique de l'attaque épileptique. (In-8°, 183 p., *Lille.*) — Cabitto. La toxicité de la sueur chez les épileptiques et les bains d'air chaud contre les accès. (*Accad. med. Genova*, 14 déc.) — Bresler. De l'épilepsie spinale. (*Neurol. Centralb.*, 15 nov.) — Borichpolski. Troubles de la circulation cérébrale pendant les attaques d'épilepsie. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Ranney. Les troubles oculaires cause d'épilepsie. (*N. York med. j.*, 26 déc.) — Féré. Un cas d'épilepsie affectant principalement le système nerveux de la vie organique. (*Soc. de biol.*, 12 déc.) — Féré. Sur des sensations subjectives de l'odorat chez un épileptique. (*Ibid.*) — Bishop. Le petit mal chez les enfants. (*J. Americ. med. Ass.*, 31 oct.) — Dixon. Cas d'épilepsie consécutive à des traumatismes craniens chez les enfants et les jeunes gens. (*Ibid.*, 31 oct.) — Pichenot. Cas d'hyperostose cranienne chez une femme épileptique. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 oct.) — Heubner. Cas d'épilepsie traité par la méthode de Flechsig. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 700, 3 août.) — Thouvenet. Sur les récidives éloignées dans l'épilepsie jacksonienne traitée par la trépanation. (*Thèse de Paris.*) — Negretto. Trépanation du crâne dans un cas d'épilepsie traumatique. Guérison. (*Riforma med.*, 21 nov.)

Epithelium. — Galeotti. Sur la division directe dans les épitheliums (*Monit. Zool. ital.*, VII, p. 13.) — Sacerdotti. Sur la régénération de l'épithelium mucipare du tube gastro-entérique des amphibies. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 292.)

Epithelioma. — Le Dentu. Des rapports de la leucokératose avec l'epithelioma. (*Rev. de chir.*, déc.) — Cajal. Etudes histologiques sur les tumeurs épithéliales. (*Rev. trim. micrograf.*, I, 2 et 3.) — Regaud et Barjon. Vaisseaux lymphatiques des tumeurs epithéliales malignes. (*Soc. de biol.*, 19 déc.)

Erysipèle. — Wagon. L'érysipèle traité par les badigeonnages de guaïacol. (*Thèse de Lyon.*)

Erythème. — Tommasoli. Nature et relations du groupe des érythèmes multiformes. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 605.) — Levi. Infection streptococcique des méninges au cours de l'érysipèle du nouveau-né. (*Soc. anat. Paris*, 9 oct.) — Du Castel. Erythème noueux. (*J. des Praticiens*, 15 déc.) — Danlos. Erythrodermie exfoliante de nature probablement mycosique. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1326.)

Estomac. — Contejean. Innervation de l'estomac chez les batraciens. (*Soc. de biol.*, 12 déc.) — Bial. L'abaissement de l'estomac chez les hommes. (*Berl. klin. Woch.*, 14 déc.) — Einhorn. Effets de l'électrisation directe de l'estomac. (*N. York med. j.*, 12 déc.) — Pawlow. Sur le travail sécréteur de l'estomac. (*Arch. sc. biol. St-Petersbourg*, IV, p. 520.) — Verhaegen. Les sécrétions gastriques ; étude de la physiologie normale et pathologique de l'estomac. (*La Cellule*, XII, p. 33.) — Hari. La détermination de HCl de l'estomac. (*Arch. f. Verdauungsk.*, II, 3. — Battelli. Action de diverses substances sur les mouvements de l'estomac, étude de l'innervation de l'estomac. (*Thèse de Genève.*) — Caporali et Simonelli. Recherches sur le chimisme gastrique physiologique et pathologique. (*Morgagni*, déc.) — Raudnitz. De la durée du séjour du lait dans l'estomac, dans diverses circonstances. (*Prager med. Woch.*, 49.) — J.-Ch. Roux. Sur l'évacuation spontanée et artificielle du contenu de l'estomac par le pylore. (*Soc. de biol.*, 28 nov.) — Mage. De la peptogénie. (*Thèse de Bordeaux.*) — Vauthey. Gaz de l'estomac à l'état normal et pathologique ; fermentations stomacales et leurs gaz. (*Thèse de Lyon.*) — Manges. L'usage et l'abus des ferments dans les affections gastriques. (*Americ. med. Bull.*, 12 déc.) — Nicolas Rodriguez y Abaytua. Conception pathogénique et nosologique de la dyspepsie. (Broch. 97 p., *Madrid.*) — Upson. Troubles nerveux par indigestion. (*J. of nerv. dis.*, déc.) — Immermann. Cas de gastrosuccorhée acide. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 453, 15 juill.) — Hayem. Des gastrites dégénératives. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 oct.) — Oppler Traitement de quelques dyspepsies intestinales d'origine stomacale. (*Ther. Woch.*, 3, et *Presse méd.*, 30 déc.) — A. Robin. Traitement de la gastrite chronique. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 nov.) — Pepper et Stengel. Diagnostic de la dilatation de l'estomac. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 340.) — L. Kuttner. Eclairage de l'estomac. (*Berl. klin. Woch.*, 21 sept.) — Rehn. Des blessures de l'estomac par des corps mous. (*Berl. klin. Woch.*, 15 juin.) — Lauenstein. Chirurgie de l'estomac. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 241.) — Woelfler (A.). Progrès de la chirurgie de l'estomac et de l'intestin. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 et 15 juin.) — Hayem. Un nouveau cas de gastro-entérostomie. (*Soc. méd. des hôp.*, 6 nov.) — Chaput. Pièce de gastro-entérostomie (chien) par cautérisation datant de 3 mois. (*Soc. anat. Paris*, 16 oct.) — Schreiber. La gastrectomie et ses rapports avec l'hypersécrétion chronique. (*Arch. f. Verdauungsk.*, II, 4.) — Meltzing. L'éclairage de l'estomac par l'électricité. (*Ibid.*) — Luys. Ulcérations gastriques chez un alcoolique, mort subite par hémorragie. (*Soc. anat. Paris*, 16 oct.) — Kiefer. Perforation spontanée d'un ulcère de l'estomac après une anesthésie chloroformique. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXV, p. 473.) — Blas. Des ulcérations tuberculeuses de l'estomac. (*Thèse de Munich.*) — Seale. Ulcère de l'estomac, guérison après signes de perforation. (*Lancet*, 19 déc.) — Deroye. Ulcère rond de la petite courbure de l'estomac. Mort par gastrorragie. (*Bourgogne méd.*, IV, p. 85.) — Etienne. Ulcère de l'estomac ; mort de péritonite suppurée. (*Soc. méd. Nancy*, 11 nov.) — Ratjen.

Ulcère de l'estomac guéri par l'alimentation rectale. (*Deut. med. Woch.*, 24 déc.) — Ackermann. De la perforation de l'ulcère d'estomac et son traitement chirurgical. (*Thèse de Lausanne.*) — Barker. 7 cas de perforation d'ulcère de l'estomac traités par opération ; 3 guérisons. (*Lancet*, 5 déc.) — Breuner. La résection stomacale pour ulcère. (*Wiener klin. Woch.*, 26 nov.) — Leblanc. Gastrorragie et perforation dans l'ulcère de l'estomac. (*Thèse de Paris.*) — Littlewood. 2 cas de perforation d'ulcère de l'estomac guéris par la laparotomie. (*Lancet*, 21 nov.) — Schwyzer. Hypertrophie congénitale et sténose du pylore. (*N. York med. j.*, 21 nov.) — Huler. Diagnostic du cancer de l'estomac. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte.*, 15 sep.) — Winioski. Deux cas de cancer d'estomac consécutif à un ulcère. (*Kron. lek.*, p. 979.)— Schlesinger. Des tumeurs de l'estomac non cancéreuses, sarcome. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 179.) — C. Binder. 40 cas de cancer de l'estomac, traitement et résultats. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 253.) — Robin. Traitement médical du cancer de l'estomac. (*Bull. méd.*, 13 déc. et *Bull. gén. de thérap.*, 15 déc.) — Collignon. Contre-indication du lavage de l'estomac cancéreux (*Union méd. Nord-Est*, p. 190.) — Dunn. Pylorectomie pour un cancer. (*Guy's hosp. Rep.*, LII, p. 185.) — Lambotte. De la gastro-entérostomie. (*Ann. Soc. belge Chir.*, 15 oct.) — Jaboulay. Gastro-entéro-anastomose dans un cas de néoplasme de l'estomac. (*Lyon méd.*, 15 nov.)— Schönwerth. Traitement opératoire du cancer de l'estomac. (*Münch. med. Woch.*, 20 oct.) — Alsberg. Chirurgie du cancer de l'estomac. (*Ibid*, 15 déc.) — Maillart. Gastroentérostomie pour carcinome du pylore. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, 309.) — Lyman. Un cas de gastrostomie pour l'ablation d'un cancer pédiculé de l'estomac. (*Ann. of surg.*, sept.)

Exanthème. — Montgomery. Exanthèmes mercuriels. (*Med. News*, 21 nov.) — Heidenhain. Exanthème par lactophénine. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 772, 24 août.) — Audry. Sur un cas de mélanodermie arsenicale de la peau et des muqueuses d'origine médicamenteuse. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1415.) — Geill. Exanthème chloralique. (*Ugesk. f. Läger.*, III, p. 481.)

F

Face. — Brissaud. Paralysie faciale et pouls lent permanent. (*Presse méd.*, 21 nov.)

Ferment. — Bourquelot. Nouvelles recherches sur le ferment oxydant des champignons; son action sur les phénols. (*J. de Pharm.*, 15 sept.) — Bourquelot. Ferments solubles oxydants et médicaments. (*Ibid.*, 1er déc.) — Piéri et Portier. Présence d'un oxydase dans certains tissus des mollusques acéphales. (*Arch. de phys.*, IX, p. 60.) — Herissey. Action du chloroforme sur la maltose de l'aspergillus. (*Soc. de biol.*, 14 nov.) — Hanriot. Sur la répartition de la lipase dans l'organisme. (*Acad. des Sc.*, 16 nov.) — Léo. Emploi thérapeutique des ferments diastasiques. (*Therap. Mon.*, déc.)

Fièvre. — Stoakley. Sur la fièvre. (*J. Americ. med. Ass.*, 28 nov.) — Da-

VEZAC. Fièvre de croissance. (*J. méd. Bordeaux*, 13 déc.) — WHITNEY. Fièvre ganglionnaire. (*Med. News*, 12 déc.) — BROWN. Les fièvres d'automne dans les Etats du Sud; leur traitement. (*J. Americ. med. Ass.*, 26 déc.) — SKINNER. Fièvre de Corse. (*N.-York med. j.*, 12 déc.)

Fistule. — KŒNIG. Origine des fistules congénitales médianes du cou. (*Berlin. klin. Wochen.*, p. 448, 18 mai.) — COOKS. Traitement des fistules rectales. (*Med. News*, 21 nov.) — HOUREAU. Traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé de dédoublement. (*Thèse de Paris.*) — MARTIN. Du traitement des fistules uretéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie. (*J. méd. Bruxelles*, 26 nov.) — DEPAGE. Fistule vaginale consécutive à une hystérectomie. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 déc.)

Foie. — Quelques points de l'histologie normale et pathologique de l'adulte. (*Soc. anat. Paris*, 27 nov.) — E. CAVAZZANI. Sur une aptitude spéciale du foie à retenir le bleu de méthyle. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 27.) — GILBERT et CARNOT. De l'action des extraits hépatiques sur la glycosurie alimentaire. De l'action des extraits de foie sur la glycosurie toxique et la glycosurie nerveuse expérimentale. (*Soc. de biol.*, 26 déc.) — CONTEJEAN. Sur le rôle du foie dans la production de la substance anticoagulante qui prend naissance dans l'organisme du chien sous l'influence des injections intravasculaires de protéoses. (*Ibid.*, 26 déc.) — CHERDEWSKI. Rôle du foie comme réservoir. (*Vratch*, 12 déc.) — GLÉNARD. Palpation du foie. Rôle de la masse gastro-intestinale dans la suspension du foie. (*Revue mal. de la nutrition*, déc.)—MAIRET et VIRES. Propriétés coagulatrices et propriétés toxiques du foie. (*Acad. des sc.*, 14 déc., et *Soc. de biol.*, 19 déc.) — ACCORIMRONI. (*Gaz. d. Osped.*, 25 nov.) — QUIVOGNE. Etude clinique et thérapeutique de l'hépatite suppurée. (*Arch. de méd. mil.*, déc.) — MÉRIGOT DE TREIGNY. Ictères infectieux et ictères graves. (*J. des Praticiens*, 28 nov.)— LÉVI. Dégénérescence graisseuse du foie, suite de lésions toxi-infectieuses du tube digestif, urobilinurie intense, néphrite parenchymateuse sans albuminurie. (*Soc. anat. Paris*, 30 nov.) — LE MAGUET. Pyléphlébite suppurée avec abcès du foie secondaires. (*Ibid.*, 25 sept.) — THIEMISCH. De la dégénérescence du foie dans la gastro-entérite. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XX, p. 179.) — HAINEBACH. Un cas d'atrophie jaune aiguë du foie. (*Berl. klin. Woch.*, 27 juill.) — GARLAND. Hémorragies œsophagiennes avec cirrhose du foie. (*Trans. Amer. phys.*, XI, p. 206.) — MÉNÉTRIER. Hémorragie mortelle par rupture de varices œsophagiennes dans la cirrhose atrophique. Thrombose de la branche gauche de la veine porte. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 déc.) — GILBERT et CARNOT. Sur l'opothérapie hépatique. (*Soc. de biol.*, 21 nov.) — VIDAL. L'hépatothérapie dans la cirrhose atrophique. (*Ibid.*, 28 nov.) — JOUSSET. Opothérapie hépatique. (*Ibid.*)—HENNECART. Cancer primitif du foie. (*Soc. anat. Paris*, 25 sept.)— PENNATO PAPINIO. Sur le cancer et la cirrhose hépatiques associés. (*Archivio Ital. di Clin. medica*, 30 août.) — LEMOINE. Cancer primitif du foie. (*Nord méd.*, 1er déc.) — LAPOINTE. Cancer primitif du foie simulant une tumeur fibreuse de l'utérus extirpé par laparotomie. (*Soc. anat. Paris*, 27 oct.) — DOMINICI. Tumeur de l'ampoule de Vater. (*Ibid.*, 27 oct.) — HANOT. Nouvelle observation de cancer de l'ampoule de Vater. (*Arch. de méd.*, nov.) — FICHET. Cancer de l'ampoule de Vater. (*Rev. méd. Bordeaux*, 22 nov.) — HEYDENREICH. Emphysème du foie. (*Vratch*, 19 déc.) — GEMMEL. Abcès du foie, aspiration, guérison. (*Lancet*, 19 déc.) — VANVERTS. 2 cas de rupture du foie. (*Soc. anat. Paris*, 2 oct.)

Fracture. — WATJOFF. Un cas de fracture intra-utérine. (*Deut. med. Woch.*,

24 déc.) — Riche. Fracture comminutive de la face dans un cas de minceur extrême des os.(*S oc. anat. Paris*, 27 nov.) — Matas. Fracture de l'arcade zygomatique, méthode simple de réduction et de fixation. (*N.-Orléans med. j.*, sept.) — Nourrit. Pseudarthrose de la 10e côte. (*J. méd. Bordeaux*, 13 déc.) — Ginestous. Pseudarthrose costale. (*Ibid.*, 27 déc.) — Pattemans. Fracture de la colonne vertébrale. Suture apophysaire. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 décembre.) — Morestin. La fracture longitudinale incomplète de l'omoplate. (*Soc. anat. Paris*, 4 déc.) — Debaisieux. Pseudarthrose des deux os de l'avant-bras. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 7, p. 485.) — Braaz, Storp. Traitement des fractures du radius. (*Berlin. klin. Wochens*,. p. 530, 8 juin.) — Mencière. Fracture de l'os iliaque. (*J. méd. Bordeaux*, 26 juill.) — Bonnet. Pseudarthrose après fracture du col du fémur. (*Dauphiné méd.*, déc.) — Thiem. Genou à ressort consécutif à une fracture. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 530, 8 juin.) — Rochard. De la conduite à tenir à l'égard du péroné dans les ostéostomies pour fractures non ou mal consolidées des deux os de la jambe. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 593.) — Kapelusch. Les principes modernes du traitement de la fracture de la jambe. (*Wiener med. Woch.*, 19 déc.) — Williams. Fracture de la première phalange du petit orteil droit. (*Bost. med. Journ.*, 29 oct.) — Conte. Du décollement juxta-épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus. (*Thèse de Lyon.*) — Kiliani. De l'atrophie musculaire après les fractures. (*New-Yorker med. Monats*, p 8.) — Darey. Consolidation retardée des fractures par la grossesse. (*Med. News*, 5 déc.) — Davis. Massage et mouvement dans le traitement des fractures. (*Ann. of surg.*, déc.) — Bradford. Traitement ambulatoire des fractures chez l'enfant. (*Ann. of surg.*, oct.) — Manley. Traitement des fractures osseuses simples, compliquées ou comminutives chez les enfants. (*J. Americ. med. Ass.*, 31 oct.) — Aron. Du traitement des fractures de la rotule par le cerclage. (*Thèse de Paris.*)

Furoncle. — Unna. Le furoncle. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 181.) — Unna. Le furoncle des adultes. (*Ibid.*, XXIV, p. 135.) — Gangitano. Staphylococcose par furonculose. (*Riforma med.*, 15 mai.) — Shaw. Le traitement du furoncle. (*J. Americ. med. Ass.*, 12 déc.) — Shalenkamp. Traitement des furoncles sans incision par l'injection, les lavages et les compresses avec une solution de sublimé. (*Therap. Monats*, p. 504, sept.) — Dumont. Traitement du furoncle au début par les scarifications quadrillées suivies de l'application d'un pansement antiseptique humide. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1319.)

G

Gangrene. — Hintner. Un cas de gangrène multiple de la peau. (*Arch. f. Derm.*, XXXVIII, p. 207.) — Kœnig, Lindner, Lewin. Des gangrènes diabétiques. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 juin et 24 août.) — Ducastel. Gangrène de la verge. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1269). — Fournier. Gangrène spontanée de la verge. (*Ibid.*, p. 1275.) — Darier et Chaillous. Ecthyma térébrant de la verge. (*Ibid.*, p. 1272.) — Forgue. Amputations dans la gan-

grène spontanée des extrémités. (*N. Montpellier méd.*, 7 nov.) — Steele. Gangrène à marche rapide, traitée par le sérum antistreptococcique. (*Brit. med. j.*, 19 déc.)

Génitaux (Org.). — Le Fort. Anomalies fistuleuses congénitales du pénis (*Ann mal. org. gén. urin.*, déc.) — Steckmetz. Malformations et lésions du pénis. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 398.) — Hofmokl. Division transversale congénitale du gland. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 220.) — Miklasrewski. Cas de fracture du pénis. (*Kron. lek.*, p. 1028.) — Parlavecchio. Nouveau procédé d'extirpation totale des organes génitaux externes chez l'homme pour cancer du pénis. (*Soc. lancisiana Roma*, 19 déc.) — Begouin. Epithélioma de la verge. (*Journ. méd. Bordeaux*, 6 déc.) — Horwitz. Amputation du pénis pour épithéliome. (*Journ. of cut. dis.*, août.) — Czempin. Kraurosis de la vulve. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXV, p. 460.) — Koch. De l'ulcère chronique éléphantiasique de la vulve. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 mai.) — Koch. Ulcère chronique de la vulve. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIV, p. 327.) — Czempin. Cancer de la vulve. (*Ibid.*, p. 340.) — Pluge. Prurit de la vulve. (*Ibid.*, p. 355.) — Nagel. De l'atrésie des organes génitaux féminins. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 591, 29 juin.) — Muller. Un cas d'atrésie congénitale de l'hymen. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 juill.) — Schenk. Tuberculose des organes génitaux féminins externes. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 526.) — Küttner. Idem. (*Ibid.*, p. 533.) — Bergh. Symboles pour la connaissance des organes génitaux externes chez la femme. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 74.)

Géographie médicale. — Richard. Essai de géographie médicale du département du Doubs. (In-8°, 125 p., *Besançon.*) — Fabre. De la géographie médicale. (*Janus*, I, p. 180.)

Glande. — Henseval. Les glandes à essence du cossus ligniperda. (*La Cellule*, XII, p. 19.) — Bolsius. La glande impaire de l'hœmenteria officinalis. (*Ibid.*, p. 101.)

Glaucome. — Randolph. Un cas de glaucome chronique. (*Ann. of opht. and otol.*, V, p. 945.) — Stirling. Glaucome, symptômes, variétés. (*Ibid.*, p. 1014.) — Stirling. Quelques questions relatives au glaucome. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 nov.) — Connor. Sur les causes du glaucome. (*Ibid.*, 14 nov.) — Randall. Diagnostic différentiel entre le glaucome simple et l'atrophie du nerf optique. (*Ibid.*, 7 nov.) — Friedenwald. Glaucome malin, guérison. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 478.) — Taylor. Glaucome aigu, restauration de la vue après une cécité prolongée. (*Lancet*, 5 déc.) — Burchardt. Sur 4 cas de glaucome primitif (dont un chez un enfant de 5 mois) et 3 de glaucome secondaire. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 55, 1er juin.)

Goutte. — Toussaint. Les théories pathogéniques de la goutte. (*Gaz. des hôp.*, 28 nov.) — Garnier. La diathèse urique et la goutte. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 déc.) — Thomson. Points douloureux dans la goutte comparés avec l'arthrite rhumatismale. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 145.) — Schott. Des affections goutteuses du cœur et de leur traitement. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 mai.) — Wolff. Un cas d'œdème aigu circonscrit, d'origine goutteuse. (*Journ. Americ med. Ass.*, 19 déc.) — Wagenmann. Les affections oculaires dans la goutte. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p. 83.) — Fawcett. L'excrétion urinaire dans la goutte, effets du traitement par le colchique et le salicylate. (*Guy's hosp. Rep.*, LII, p. 115.)

Graisse. — Carbone. Sur l'origine de la graisse dans les processus dégénératifs. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 279.) — Bogdanow. Sur les graisses de la viande. (*Arch. für die ges. Phys.*, LXV, p. 81.) — Daddi. Nouvelle méthode pour colorer la graisse dans les tissus. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 143.)

Greffe. — Reclus et Berger. Greffe italienne et greffe de Thiersch. (*Bull. soc. de Chir.*, XXII, p. 556.) — Hutchins. Excision suivie de greffe épidermique dans le traitement des affections tuberculeuses de la peau. (*Journ. Americ med. Ass.*, 12 déc.) — Erdmann. Les greffes épidermiques de Krause dans la chirurgie plastique de la face. (*Amer. med. Bull.*, 24 oct.)

Grippe. — Cantanijun. Action des bactéries de la grippe sur le système nerveux. (*Zeit. f. Hyg.*, XXIII, 2.) — Seifert. De la paralysie du vague consécutive à l'influenza. (*Rev. hebd. de lar.*, 26 déc.) — Reverdin. Abcès multiples consécutifs à la grippe. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 427.) — Kalischer. Un cas de psychose grippale chez un tout jeune enfant. (*Arch. f. Psych.*, XXIX, p. 231.)

Grossesse. — Sokoloff. Recherches expérimentales sur l'action de l'extirpation des ovaires sur la grossesse. (*Cent. f. Gyn.*, 28 nov.) — Demelin. Séméiologie de la douleur abdominale pendant la grossesse. (*J. des Praticiens*, 15 déc.) — Sprenkel. Prolongation de la grossesse, dangers, traitement. (*Amer. j. of obst.*, déc.) — Brié. Les poches des eaux dans la grossesse gémellaire, causes d'erreur de diagnostic. (*L'Obstétrique*, 15 nov.) — Ahlfeld. Diagnostic de la grossesse gémellaire. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXV, p. 180.) — Patellani. Des grossesses multiples, des grossesses extra-utérines et des anomalies de développement des organes génitaux de la femme au point de vue anthropogénésique. (*Ibid.*, XXXV, p. 325.) — Köstlin. Grossesse avec occlusion presque complète de l'hymen, compliquée de néphrite et de décollement prématuré du placenta à situation normale. (*Münch. med. Woch.*, p. 1161, 24 nov.) — Guérard. Remarques sur le travail « grossesse avec occlusion presque complète de l'hymen ». (*Ibid.*, p. 1258, 22 déc.) — Gessner. La grossesse avec l'utérus en antéfixation. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXV, p. 455.) — Fournier. Grossesse dans un utérus adhérent. (*Gaz. méd. Picardie*, nov.) — Pujol. Un cas de grossesse dans un utérus fibromateux, mort de la mère après expulsion spontanée à terme d'un enfant mort. (*Arch. de gyn.*, sept.) — Monod. Fibromes utérins et utérus gravide, hystérectomie abdominale totale. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 708.) — Beckmann. Complication de la grossesse et de l'accouchement par le cancer du col. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIV, p. 51.) — Flaischlen. De la complication de la grossesse par le cancer du col. (*Ibid.*, XXXIV, p. 588.) — C. de Sepibus. Grossesse extra-utérine ; accouchement par le rectum qui a duré dix ans et huit mois. (*Rev. méd. Suisse rom.*, déc.) — Choyau. De l'inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire. (*Thèse de Paris.*) — Reynier. Pièces provenant d'une femme laparatomisée pour hématocèle consécutive à la rupture d'une grossesse extra-utérine. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 706.) — Lusk. Grossesse tubaire simulant une appendicite. (*Med. News*, 26 déc.) — Rosenthal. Un cas de grossesse intra-pariétale. (*Cent. f. Gyn.*, 19 déc.) — Müllerheim. Opération de grossesse extra-utérine. Fœtus de 22 centimètres, présentant des malformations des quatre membres et deux sillons craniens semi-circulaires, dont l'un séparant profondément le crâne facial du cérébral. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 635, 13 juil.) — Malcolm. Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. (*Brit. med. j.*, 28 nov.) — Rocchini.

Sur un cas de grossesse extra-utérine abdominale primitive, mort du fœtus, laparotomie, extirpation du kyste fœtal. (*Ann. di Ostetric.*, 8, p. 577) — MATTHEWS. Grossesse tubaire, rupture, opération, guérison. (*Amer. j. of obst.*, déc.) — MARTIN. De la grossesse tubaire. (*Mon. f. Geburts.*, janv.) — EIERMANN. Grossesse tubo-utérine. (*Ibid.*) — SCHMORL. Prolifération cellulaire sur le péritoine et l'ovaire dans la grossesse extra-utérine. (*Ibid.*) — WALTHER. Un cas de grossesse double extra et intra-utérine dans un utérus cloisonné. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIII, p. 389.) — BECKMANN. Grossesse dans une corne utérine rudimentaire. (*Ibid.*, XXXV, p. 60.) — GESSNER. Sécrétion mammaire dans la grossesse extra-utérine. (*Ibid.*, XXXV, p. 164.) — HERFF. Technique de l'intervention dans la grossesse extra-utérine. (*Ibid.*, XXXIV, p. 12.)

Gynécologie. — PRICE. Principes et progrès en gynécologie. (*Americ. j. of Obst.*, nov.)

H

Helminthes. — LOOSS. Note sur l'helminthologie d'Egypte. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 863.) — V. LINSTOW. Etudes helminthologiques (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 375.) — ALESSI et BIONDI. Un cas de mélancolie due à des vers intestinaux. (*Clinica mod.*, déc.) — CINNA. Helminthiase chez les enfants. (*Pediatria*, oct.) — PERRIN. Filaire de Médine, ver de Guinée. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1315.) — HENRY. Chylurie parasitaire indigène avec filaire nocturne dans le sang. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 96.) — BRANDES. Développement de l'ascaris lombricoïdes. (*Biol. Centralb.*, XVI, p. 839.) — BONNET. Fistule entéro-cutanée due aux ascarides lombricoïdes. (*Dauphiné méd.*, oct. — BOUET. De la leumacose, manifestations pathologiques dues à la présence des ascarides chez l'homme. (*Thèse de Bordeaux.*) — OSTERTAG. Procédé pour constater la mort des cysticerques ladriques. (*Zeits. f. Fleisch.*, VI.)

Hémoglobinurie. — DIKSON. Pathogénie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. (*Thèse de Lyon.*)

Hémorragie. — HUGUENIN. Des hémorragies pulmonaires. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 387, 15 juin.) — C. HINCH. Des gastrorragies mettant en danger la vie. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 sept.) — MITOUR. Traitement des accidents consécutifs aux grandes hémorragies. (*Soc. de biol.*, 21 nov.) — MITOUR. Traitement des accidents consécutifs aux grandes hémorragies par les lavements salés. (*Méd. mod.*, 25 nov.) — LAIRD. Hémorragie post-partum, traitement. (*Lancet*, 19 déc.) — MERKEL. La ferripyrine comme hémostatique en gynécologie. (*Ibid.*, p. 1101, 10 nov.)

Hémorroïde. — STEIN. Traitement des hémorroïdes. (*Wiener med. Woch.*, 5 déc.). — MANDELBERG. Traitement chirurgical des hémorroïdes. (*Gaz. méd. de la Russie mérid.*, oct.)

Hernie. — DE VAUCRESSON. Des adhérences herniaires. (*Thèse de Lyon.*) — HUTSCHNEKER. Un cas intéressant de hernie étranglée. (*Wiener med.*

Blätter, 53.) — Kozintzoff. Sur l'éthérisation externe dans les hernies étranglées. (*Medicina*, oct.) — Wiart. Double perforation intestinale au niveau d'une hernie étranglée, moins de 12 heures après le début de l'étranglement. (*Soc. anat. Paris*, 18 déc.) — Irwin. Etranglement herniaire chez un enfant de deux mois ; intervention ; guérison. (*Med. Record*, 28 nov.) — Morton. Hernie, irréductibilité due à la présence d'un kyste mésentérique. (*Lancet*, 12 déc.) — Bergmann. Hernie diaphragmatique étranglée. (*St-Petersb. med. Woch.*, 12 déc.) — Bonnet. Hernie diaphragmatique et cryptorchidie. (*Dauphiné méd.*, déc.) — Wissemans. Observation de cure opératoire de hernie inguinale. (*Arch. de méd. mil.*, déc.) — Paucot. De la cure radicale des hernies inguinales par la méthode de Bassini et ses dérivés. (*Thèse de Bordeaux.*) — O. Simon. Cure radicale des hernies inguinales et crurales. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 537.) — Vulliet. Refoulement d'une anse intestinale dans l'espace propéritonéal à travers une déchirure du sac, dans une hernie inguinale étranglée. (*Rev. méd. Suisse romande*, sept.) — Walder. 169 opérations pour hernies inguinales, dont 28 étranglées. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 389, 15 juin.) — Williams. Péritonite consécutive à un violent taxis pour hernie inguinale étranglée. (*Americ. med. Bull.*, 31 oct.) — Stinson. Traitement de la hernie inguinale, procédé de choix. (*Ther. Gaz.*, 15 déc.) — Courtin. Cure radicale de hernie inguinale gauche du cœcum avec résection de l'anse iléocolique et entérorraphie, par implantation latérale. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 697.) — Stinson. La cure radicale de la hernie inguinale ; anatomie chirurgicale du fascia transversalis, du conduit inguinal interne et de l'anneau fémural. (*Med. Record*, 5 déc.) — Cricka. Les accidents consécutifs à la cure radicale de la hernie inguinale. (*La Clin. de Bruxelles*, 3 déc.) — Stewart. Traitement de la hernie. (*Americ. med. surg. Bull.*, 21 nov.) — Bosc et Blanc. Des lésions de l'intestin dans les cas de hernie étranglée et d'engouement. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 723.) — Bosc et Blanc. Du passage des microbes à travers les parois de l'intestin hernié. (*Ibid.*, p. 731.) — Cassine. De la conduite à tenir en présence d'un étranglement herniaire. (*Rev. int. de méd.*, 25 nov.) — Defontaine. Procédé de cure radicale de hernies, sans fils perdus. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 80.) — Marcy. La cure radicale de la hernie, au point de vue médico-légal. (*Americ. med. Ass.*, 7 nov.) — Handley. Nouveau procédé d'orchectomie inguinale. (*Lancet*, 12 déc.) — Rieffel. De la cure radicale après la kélotomie. (*J. des Praticiens*, 19 déc.) — Sauer. Prolapsus d'un diverticule de Meckel par l'ombilic. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 316.) — Perriol. Volumineuse hernie ombilicale chez un nouveau-né. (*Dauphiné méd.*, déc.) — Bonnet. Hernie diaphragmatique et cryptorchidie. (*Ibid.*) — Sébileau. Traitement de la hernie ombilicale. (*Semaine méd.*, 23 déc.) — Collier. Hernie cœcale congénitale étranglée, réduction, cure radicale. (*Lancet*, 5 déc.) — Schulz. Hernie rétropéritonéale étranglée. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 271.) — Hochenegg. Des hernies rectales. (*Wien. klin. Woch.*, 19 nov.)

Herpès. — Paggi. Sur la nature de l'herpès zoster. (*Settim. med.*, 19 sept.) — Frich. Un cas d'herpès zoster cervical compliqué de paralysie totale de la face. (*Norsk. Magazin*, nov.) — Luther. Traitement de l'herpès zoster. (*Med. Record*, 28 nov.)

Histologie. — Krause. Les laboratoires d'histologie. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 571, 22 juin.) — Choquet. La photomicrographie histologique et bactériologique. (In-8°, 152 p., *Paris*, 1897.) — Trouessart et Duplouich. Sur la combinaison optique de Gavino et son adaptation à tous les microscopes. (*Soc. de biol.*, 19 déc.) — Rawitz. Des coupes au microtome et de la coloration

des préparations microscopiques. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 65.) — Pick. Procédé rapide de coloration pour le diagnostic histologique. (*Amer. j. of obst.*, déc.) — Unna. Méthodes d'histologie pour l'étude des tissus et des cellules des animaux. (*Amer. microsc. j.*, oct.) — Mamurowsky. Procédé de coloration des coupes de la peau. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 211.) — Heller. Procédé d'imprégnation osmique du système nerveux et central. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 747, 17 août.)—Pugliese. Les solutions bichromo-paraldéhydiques comme méthode de durcissement du système nerveux. (*Riv. sper. di freniat.*, XXII, p. 867.)

Hydatide. — Thiéry et Lecœur. Kyste hydatique suppuré du grand pectoral. (*Soc. anat. Paris*, 13 nov.) — Jaboulay et Bret. Kyste hydatique du foie, rupture intra-péritonéale, épanchement de bile, absence totale de réaction, laparotomie, marsupialisation, ponction, guérison. (*Province méd.*, 19 déc.) — Cras. Sur les kystes hydatiques de la rate. (*Thèse de Bordeaux.*) — Thouvenet. Kystes hydatiques de l'abdomen. (*Limousin méd.*, déc.) — Herman. Hydatide du bassin formant une tumeur rétro-utérine avec rétention d'urine. (*Lancet*, 21 nov.) — Le Nadan. Sur les kystes hydatiques de l'ovaire. (*Thèse de Bordeaux.*) — Veau. Kyste hydatique du ligament large. (*Soc. anat. Paris*, 23 oct.) — Bron. Kyste hydatique du fémur. (*Thèse de Paris.*)

Hydroa. — Mibelli. De l'hydroa vacciniforme de Bazin. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 690, et *Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 87.)

Hydrothérapie. — Lefèvre. Variations du pouvoir réfrigérant de l'eau en fonction de la température et du temps. (*Arch. de phys.*, IX, p. 7.)

Hygiène. — Besson et Robinet. Traité élémentaire d'hygiène. (In-8°, 248 p., *Paris.*) — Kaumheimer. Quarantaines locales. (*Med. News*, 5 déc.) — Gilleron. Etude de la prophylaxie maritime, le nouveau règlement de la police maritime sanitaire. (*Thèse de Montpellier.*) — Tissié. La fatigue chez les débiles nerveux ou fatigués. (*Rev. scient.*, 21 nov.).—Henschell. La bicyclette cause de maladie du cœur. (In-8°, *Londres.*) — Aldhuy. Le périnée et la bicyclette. (*Gaz. hebd. Paris*, 6 déc.)—Flöel. La bicyclette au point de vue gynécologique. (*Deut. med. Woch.*, 26 nov.)— Berg. Les affections causées par la bicyclette. (*Ibid.*) — Theilhaber. Le cyclisme chez la femme. (*Münch. med. Woch.*, p. 1177, 1er déc.) — Garrison. L'évolution chez les jeunes filles. (*J. Amer. med. Ass.*, 14 nov.) — Short. Le surmenage dans les écoles, au point de vue médical. (*Ibid.*, 14 nov.) — Brandeis. Dangers de l'arrosage des plantes potagères par les matières fécales. (*J. de méd. et chir. prat.*, 25 déc. — Delahousse. Aération et ventilation des ateliers. (*Limousin méd.*, déc.)— Wittlin. De l'action de l'arrosage sur la teneur en germes des poussières des rues. (*Ann. de microg.*, oct., et *Wien. klin. Woch.*, 24 déc.) — Rocheblair. La déclaration des maladies épidémiques. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.) — Du Mesnil. Les odeurs de Paris : désinfection des déchets de boucherie, charcuterie, triperie. (*Ibid.*, juin.) — Guichard. Applications de l'aluminium à l'économie domestique et à l'hygiène militaire. (*Ibid.*, juill.) — Portal. Chauffage et ventilation de quelques hôpitaux de la France et de la Suisse. (*Ibid.*, août.) — Ancelet. Hygiène des maternités. (*Ibid.*, sept.) — Remlinger. Accidents causés par les viandes conservées en boites. (*Ibid.*, nov.) — Brouardel, O. du Mesnil. Projet de revision de la loi sur les sépultures. (*Ibid.*, nov.) — Mauriac. Mesures contre la propagation des maladies contagieuses par les chemins de fer. (*Ibid.*, nov.) — Baratier. De la contagion en chemin de fer. (*Tribune méd.*, 23 déc.) — Vallin. L'épuration des

eaux d'égout en hiver et l'aération artificielle du sol. (*Rev. d'hyg.*, juin.) — Mamy (H.) Résultats du concours d'appareils de cabinets d'aisances pour usines et ateliers, ouvert par l'Association des industriels de France contre les accidents du travail. (*Ibid.*, mai.) — Ramsay. Dangers de l'obscurcissement de l'air par les fumées. (*Ibid.*, oct.) — Bouloumié. Rapport sur les maladies évitables et leur prophylaxie. (*Ibid.*, oct.) — Van Ermengen. Accidents alimentaires produits par des saucissons. (*Ibid.*, sept.) — Robin. Des conditions de salubrité de l'habitation, au point de vue de l'évacuation des matières usées. (*Ibid.*, juill.) — Mlle Plotnikoff. La question des habitations à bon marché. (*Thèse de Genève.*) — Silberstein. Prophylaxie de la maladie du caisson (maladie des plongeurs). (*Wiener med. Woch.*, 24 oct.) — Bienfait. Hygiène des cuisines, boulangeries et pâtisseries. (*Mouv. hyg.*, nov.) — Moreau. L'hygiène dans la religion de Zoroastre. (*Ibid.*, déc.) — Arrêté royal belge, du 30 octobre 1895, relatif à l'importation des bêtes bovines. Statistique du ministère de l'agriculture de Belgique sur les résultats des épreuves de tuberculine effectuées sur le bétail indigène. (*Mouv. hyg.*, XII, p. 233.) — Vallin. Rapport sur l'insalubrite de cités de chiffonniers à Asnières. (*C. R. Trav. Cons. Salubr. Seine*, II, p. 201.) — Bourgoin. Rapport sur les frictions à base de pétrole. (*Ibid.*, II, p. 224.) — Bunel. Rapport sur les chantiers de combustibles. (*Ibid.*) — Riche. Rapport sur une fabrique de parfums artificiels. (*Ibid.*, 23 oct. 1896.) — Gautier. Rapport sur la mise en vente de la formaline comme produit antiseptique alimentaire. (*Ibid.*, 6 nov.) — Vielle. Réglementation de la préparation et de l'emploi du gaz acétylène pour l'éclairage. (*Ibid.*, p. 321.) — Lévy. Rapport sur l'agrandissement du cimetière à Stains. (*Ibid.*, p. 305.) — Riche et Le Roy des Barres. Rapport au sujet d'une usine pour la distillation du pétrole et la fabrication du sulfates d'ammoniaque. (*Ibid.*, p. 263.) — Josias. Rapport sur le licenciement des écoles en cas d'épidémie. (*Ibid.*, p. 299.) — Michel Lévy, Bochet, Lafont. Rapports sur une explosion de récipients d'acide carbonique liquide. (*Ibid.*, p. 227.) — Duprez. Rapport sur les émanations infectes d'une grande écurie de Paris. (*Ibid.*, p. 164.) — Hétier. Rapport sur un puisard absorbant d'Alfortville. (*Ibid.*, p. 162.) — Humblot. Rapport sur un bateau-lavoir. (*Ibid.*, p. 160.) — Jürgensen. Hygiène des boulangeries et des boulangers. (*Hyg. Rundsch.*, VI, p. 424.) — Ascher. Relations entre l'économie sociale et l'hygiène publique. (*Deutche Viertel. f. œffent. Gesundh.*, XXVIII, p. 512.) — Rumpel. — De l'emploi alimentaire des viandes tuberculeuses. (*Thèse Berlin.*) — Andrieux. La fabrication du papier, étude d'hygiène industrielle. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sonnenburg. La réclusion des prostituées. (*Arch. f. Derm.*, XXXVIII, p. 77.)

Hypnotisme. — Bramwell. Evolution de la théorie hypnotique. (*Brain*, n° 76, p. 459.) — Joire. Etats médianiques de l'hypnose. (*Nord méd.*, 1er déc., p. 182.) — Knaggs. Formes de la suggestion hypnotique. (*Austral. med. Gaz.*, 21 déc.) — Joire. De l'interprétation de certains phénomènes psychiques par les états médianiques de l'hypnose. (*Bull. méd. Nord*, 11 déc.) — Mongour et Renault. Coliques intestinales guéries par la suggestion à l'état de veille. (*J. méd. Bordeaux*, 8 nov.)

Hystérie. — Richet. Jusqu'où, dans l'état nerveux hystérique, peut aller la privation d'aliments? (*Soc. de Biol.*, 21 nov.) — Richet. Des échanges respiratoires dans l'inanition hystérique. (*Ibid.*) — Nicolet. Troubles visuels chez un jeune hystérique. (*Rev. méd. Suisse romande*, sept.) — Péchin. De la dyschromatopsie chez les hystériques. (*Rev. neurol.*, 30 nov.) — Karplus. Rigidité pupillaire dans l'attaque hystérique. (*Wiener klin. Woch.*, 24 déc.) — Valude. Quelques phénomènes hystériques oculaires, traités par

la suggestion thérapeutique. (*Méd. mod.*, 19 déc.) — Carrière. Contracture hystérique du splénius et du masséter, dégénérescence de ce muscle. (*J. méd. Bordeaux*, 8 nov.) — Kovalevsky. Folie hystérique. (*Gaz. hebd. Paris*, 8 nov.) — Bonne. Hystérie à forme de sclérose en plaques, homme. (*Lyon méd.*, 13 déc., et *Gaz. hebd. Paris*, 17 déc.) — Burr. Hystérie et ataxie combinées dans une seule jambe. (*Med. News*, 14 nov.) — Bérard. Sur l'hystérie simulant l'épilepsie et sur les signes qui peuvent servir au diagnostic différentiel. (*Thèse de Toulouse.*) — Glorieux. Troubles de la motilité dans l'hystérie. (*La policlin. Bruxelles*, 15 nov.) — Catrin. Observation d'hystéro-traumatisme, hémiplégie droite sans hémianesthésie, pas de stigmates, mydriase paralytique à droite, exagération des réflexes du côté opposé, atrophie rapide et en masse des membres de ce côté. (*Soc. méd. des hôp.*, 6 nov.) — Delamare. Troubles trophiques des ongles au cours de l'hystérie et de la maladie de Raynaud. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, IX, p. 370.)

I-K

Idiotie. — Levi. Idiotie due à un arrêt de développement du cerveau, microcéphalie. (*Soc. anat. Paris*, 30 nov.) — Verga. La physio-pathologie de l'imbécilité. (*Gaz. med. Lombard.*, 21 déc.) — Villeneuve. 4 opérations de craniectomie pour idiotie chez des enfants microcéphales. (*J. de clin. inf.*, 19 nov.)

Impetigo. — Brocher. Bactériologie de l'impetigo. (*Thèse de Genève.*) — Allen. Impetigo contagiosa généralisé. (*Am. of gyn. and pædiatrics*, sept.) — Herxheimer. De l'impetigo contagiosa vegetans. (*Arch. f. Derm.*, XXXVIII, p. 185.)

Inanition. — London. La question du changement de la quantité générale et de l'alcalinité du sang dans le jeûne absolu. (*Arch. sc. biol. St-Pétersb.*, IV, p. 253.) — Simonowitch. Sur les lésions des vésicules séminales après le jeûne complet ou incomplet des animaux. (*Thèse de St-Pétersbourg.*)

Infection. — Kelsch. Sur la contagion et l'origine des maladies infectieuses. (*Bull. Acad. de méd.*, 22 déc.) — Springthorpe. Un cas d'auto-infection. (*Austral. med. Gaz.*, 21 déc.) — Orlandi. Les infections streptococciques. (*Gaz. d. Osped.*, 20 déc.) — Sorel. Infection ou intoxication. (*Normandie méd.*, 1er nov.) — Sternberg. Etiologie et classification des maladies infectieuses. (*N.-York Acad. of med.*, 5 nov., et *Amer. j. of med. sc.*, déc.) — Cheinisse. Sur le rôle de la fièvre dans les maladies infectieuses, d'après les conceptions modernes et anciennes. (*Thèse de Montpellier.*) — Dufour. Staphylococcie généralisée, consecutive à de la gangrène disséminée du scrotum, symptômes typhoïdes, réaction agglutinative du sérum, négative, guérison. (*Soc. anat. Paris*, 11 déc.) — Flexner. Etude statistique et expérimentale des infections terminales (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 229.) — Colla. Le mode de se comporter du glycogène hépatique et du glycogène musculaire dans quelques infections expérimentales. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 120.) — Bosc et Vedel. Traitement des infections expérimentales (colibacillaires) par les injections intra-veineuses de la

solution salée simple (NaCl à 7 pour 1000) et de leur mode d'action. (*N. Montpellier méd.*, 7 nov.)

Inflammation. — Ziegler. De l'utilité des processus vitaux pathologiques. (*Münch. med. Woch.*, 27 oct.) — Israel. Etudes biologiques sur une siphonie, application à la pathologie. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLI, 2.)

Injection. — Mayet. De quelques points relatifs aux injections intra-veineuses. (*Soc. de biol.*, 5 déc.) — Hayem. Des injections salines intra-veineuses. (*Presse méd.*, 9 déc.) — Kœppe. Les solutions salines physiologiques, isotonie, pression osmotique. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXV, p. 492.) — Maurel. Action de l'eau distillée injectée au lapin par la voie intra-veineuse ou la voie hypodermique. (*Soc. de biol.*, 14 nov.) — Gley. De l'action anticoagulante et lymphagogue des injections intra-veineuses de propeptone après l'extirpation des intestins. (*Ibid.*, 12 déc.) — Schwartz. Des injections massives intra-veineuses de sérum artificiel, après les hémorragies opératoires ou accidentelles. (*J. des Praticiens*, 15 déc.) — Bosc et Vedel. Des injections intra-veineuses massives de la solution salée simple dans le traitement de l'infection colibacillaire expérimentale. (*Arch. de Phys.*, IX, p. 44.) — Stimson. Injections salines intra-veineuses dans les conditions de choc grave. (*Med. News*, 19 déc.) — Van de Warker. Injection intra-veineuse de solution saline, nouvel appareil. (*N.-York med. j.*, 12 déc.) — Mlle Lipnowska. La valeur des injections sous-cutanées d'eau salée dans les anémies aiguës post-hémorragiques. (*Thèse de Genève.*) — Portes. Sur l'emploi des grandes injections de sérum artificiel dans le traitement de l'anémie aiguë par hémorragie primitive, particulièrement en temps de guerre. (*Thèse de Bordeaux.*) — Barbier et Deroyer. Sur l'emploi des injections sous-cutanées d'eau salée stérilisée dans l'infection intestinale des nourrissons. (*Bull. méd.*, 29 nov., et *Soc. méd. des hôpitaux*, 27 nov.) — Verger. Les injections hypodermiques de sérum artificiel dans le traitement de l'athrepsie. (*Arch. clin., Bordeaux*, nov.) — Denti. Les injections sous-conjonctivales de sublimé. (*Gaz. med. Lombardia*, 7 déc.)

Insolation. — Gunning. Coup de chaleur, hyperpyrexie, bain de glace, guérison. (*Brit. med. j.*, 28 nov.)

Intestin. — Eggeling. Morphologie de la musculature intestinale. (*Morphol. Jahrb.*, XXIV, p. 511 et 768.) — Lowitz. Sur l'appareil musculaire du gros intestin chez l'homme et chez quelques mammifères. (*Thèse de Bordeaux.*) — Courtade et Guyon. Action du grand sympathique sur l'intestin grêle. (*Soc. de biol.*, 5 déc.) — Janowski. Des flagellées dans les fèces et de leur signification dans la pathologie du tube intestinal. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 442.) — Beco. La perméabilité de la paroi intestinale vis-à-vis des microbes de l'intestin. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 108.) — Murdoch. La digestion intestinale. (*Americ. med. surg. Bull.*, 28 nov.) — Farnsteiner. Résorption de la peptone dans l'intestin grêle. (*Zeit. f. Biol.*, XXXIII, p. 475.) — Stiller. L'entéroptose et la neurasthénie. (*Arch. f. Verdauungsk.*, II, 3.) — Hougmann. L'absorption et l'élimination par l'intestin. (*Ibid.*) — Levi. Sur une forme d'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale. (*Bull. méd.*, 6 déc.) — Ferguson. Quelques cas à terminaisons fatales dues probablement à des ptomaïnes intestinales. (*Med. Record*, 31 oct.) — Deguy. Entérite tuberculeuse primitive à forme typhoïde. (*Journ. des Praticiens*, 19 déc.) — Fontel. Sur la lithiase intestinale. (*Thèse de Bordeaux.*) — Vanderberghe. Valeur du tannigène dans le traitement des

affections intestinales. (*Belgique méd.*, 24 déc.) — Hernette. Pathogénie et traitement de l'entéroptose. (*Thèse de Paris.*) — Morrill. Notes sur l'appendicite. (*Americ. med. Bull.*, 19 déc.) — Foges. Cas d'appendicite simple. (*Wiener med. Woch.*, 5 déc.) — Morris. Note sur l'appendicite. (*Med. Record*, 26 déc.) — Fowler. Sur un cas d'empyème de l'appendice vermiculaire. (*Ibid.*, 7 nov.) — Tyson. Observation d'appendicite. (*Guy's hosp. Rep.*, LII, p. 77.) — Guinard. Réflexions sur l'appendicite à propos d'une hernie étranglée de l'appendice. (*Gaz. des hôp.*, 1er déc.) — Piard. Des suppurations à distance dans l'appendicite. (*Arch. de méd.*, nov.) — Robson. Sur une série de cas d'appendicite avec péritonite généralisée. (*Brit. med. j.*, 19 déc.) — Bishop. Appendicite, abcès aigu, perforation, opération. (*Lancet*, 19 déc.) — Moynihan. Appendicite perforée, péritonite septique, laparotomie, guérison. (*Ibid.*, 26 déc.) — Aubeau. Calcul de l'intestin dans un cas de typhlite et d'appendicite aiguë. (*Bull. polyclin. hop. internat.*, déc.) — Mc Burney. Traitement de l'appendicite. (*Med. News*, 12 déc.) — Hickman. Traitement de l'appendicite. (*Ibid.*, 21 nov.) — Beurnier. Du traitement de l'appendicite. (*J. de méd. Paris*, 27 déc.) — Reynier. Traitement de l'appendicite. (*Ibid.*, 13 déc.) — Bech. Intervention précoce dans l'appendicite. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 sept.) — V. Bonsdorff. Du traitement chirurgical de l'appendicite récidivante. (*Finska läkar. handlingar*, XXXIX, p. 1.) — Macdougall. Le traitement chirurgical des maladies de l'appendice vermiforme. (*Edinburgh med. Journ.*, déc.) — Warren. Notes sur la technique opératoire de l'appendicite d'après expériences personnelles. (*Boston med. journ.*, 29 oct.) — Elliot. Sur une modification de l'incision de Mc Burney dans l'appendectomie. (*Ibid.*, 29 oct.) — Verchère. Quand et comment doit-on inciser l'appendicite ? (*Méd. mod.*, 26 déc.) — Kummer. Sur un cas de résection à froid de l'appendice stercoral. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 370.) — Hahn. Laparotomie pour périthyphlite récidivante. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 681, 27 juil.) — Bjoern Floderus. Traitement de la péritonite aiguë par perforation dans l'appendicite. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 55.) — Perrins. Fistule stercorale de l'intestin grêle. (*Ann. of surg.*, déc.) — Broca. Torsion de l'appendice vermiculaire. Péritonite aiguë mortelle. (*Gaz. hebd. Paris*, 25 oct.) — Hofmeister. De la sténose multiple de l'intestin d'origine tuberculeuse. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 577.) — Schiller. Des opérations sur l'intestin à la clinique de Heidelberg. (*Ibid.*, p. 603.) — V. Frey. Du rétrécissement chronique de l'intestin par flexion de la courbure sigmoïde. (*Ibid.*, XVII, p. 123.) — Caro. Myome kystique à fibres lisses de l'intestin grêle, cause d'étranglement interne. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 726, 10 août.) — Mermet. Sarcome primitif de l'intestin grêle. (*Soc. anat. Paris*, 27 nov.) — L. Heidenhain. Un cas d'étranglement interne par rotation sur son axe de l'intestin après résection du gros intestin pour cancer du cœcum. (*Cent. f. Chir.*, 5 déc.) — Castaigne. Cancer du pylore et de la partie supérieure du duodénum. (*Soc. anat. Paris*, 6 nov.) — Baillet. Cancer primitif du duodénum, cancer secondaire de la tête du pancréas, sténose duodénale, mort par obstruction intestinale. (*Ibid.*, 30 oct.) — Bertherand. Cancer intestinal. (*Ibid.*, 30 nov.) — Opper. Cancer de l'S iliaque chez un jeune homme de 27 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 637, 13 juil.) — Verneuil. Cancer de l'S iliaque. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 déc.) — Maylard. Traité de chirurgie du canal alimentaire. (*Londres.*) — Ullmann. Technique de l'anastomose circulaire de l'intestin. (*Cent. f. Chir.*, 19 déc.) — Orzel. Quelques expériences sur le chien avec le bouton de Murphy. (*Kron. lek.*, p. 619.) — Beaver. Anneau pour anostomoses intestinales. (*Med. and surg. Rep.*, 31 oct.) — Dubourg. De l'emploi du tube de caoutchouc dans les anastomoses intestinales. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 667.) — Hagopoff. Nouveau bouton anastomotique

et instrument dit tire-bouton, destiné à l'extraire par la voie buccale. (*Presse méd.*, 2 déc.) — H. Kuettner. De l'anastomose latérale de l'intestin avec fermeture des bouts pour remplacer la suture circulaire. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 505.) — Brentano. Revue générale sur l'emploi chirurgical du bouton de Murphy. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 mai.)—Bergthrom. De l'emploi de la méthode de suture selon Ullmann pour la résection de l'intestin. (*Finska. läkar. handlingar*, déc.) — Mencière. Etude critique et expérimentale sur la gastro-entérostomie par sphacèle. (*Thèse de Bordeaux.*) — Souligoux. Gastro-entéro-anastomose, entéro-anastomose, cholécystentéro-anastomose, sans ouverture préalable des organes à anastomoser. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 596.)

Iris. — Bajardi. Le décollement des adhérences antérieures de l'iris. (*Gaz. med. Torino*, 12 nov.) — Eales et Sinclair. Kyste uvéen de l'iris. (*Trans. Opht. soc. Unit. Kingdom*, XVI, p. 56.) — Rochon-Duvigneaud. Guérison spontanée d'un volumineux condylome de l'iris. (*La Clin. opht.*, nov.) — Hirschberg et Birnbacher. Carcinome spongieux de la couche postérieure de l'iris. (*Cent. f. prakt. Aug.*, oct.)

Kyste. — Lichtwitz. Kyste séro-muqueux du cou, de la base de la langue et du larynx, guérison par l'injection de Lugol. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 657.) — Verchère. Du traitement des kystes du cou à propos d'un kyste séreux congénital chez un enfant de un an, occupant le cou et le médiastin antérieur, ablation partielle, guérison. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 711 et *France méd.*, 20 nov.) — Kaczanowsky. Un cas de kyste sanguin congénital du cou et du creux axillaire. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 409.) — Hu. Sur les kystes séreux congénitaux de l'aisselle. (*Thèse de Lille.*) — Meslay. Kyste lymphatique du pli de l'aine. (*Soc. anat.*, *Paris*, 20 nov.) — Ziepffel. Kyste à grains riziformes du poignet, extirpation totale de la poche. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 623.) — Palm. Développement des kystes de l'hymen chez les accouchées. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 96.) — Le Gendre. Kyste dermoïde du petit bassin ouvert dans la vessie, après des phénomènes généraux simulant la fièvre typhoïde et une cystite prolongée. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 nov.)

Lacrymal (App.) — Laffay. Recherches sur les glandes lacrymales et leur innervation. (*Thèse de Bordeaux.*) — Golovine. Déplacement des glandes lacrymales. (*Arch. d'opht.*, février.) — Meany. Sur les affections de l'appareil lacrymal. (*J. Americ. med. Ass.*, 14 nov.) — Mc Cassy. Maladies des voies lacrymales. (*Ibid.*, 19 déc.) — Lubliner. Affections des voies lacrymales, suite de lésions des tissus du nez. (*Therap. Mon.*, déc.)—Puech. Traitement de la blennorrée du sac lacrymal. (*Rev. d'opht.*, nov.)—Mazet. Des injections iodées dans un cas de fistule lacrymale. (*Marseille méd.*, 1er nov.) — Boucheron. Sérothérapie antistreptococcique dans la dacryocystite purulente rebelle à streptocoques et dans les streptococcies oculaires. (*Soc. franç. d'opht.*, 13 oct., et *Soc. de biol.*, 21 nov.) — Sauzeau de Puyterneau. De l'extirpation des glandes lacrymales. (*Thèse de Bordeaux.*) —

Fage. Extirpation de la glande lacrymale palpébrale. (*Union méd. Nord-Est*, nov.)

Lait. — Camerer et Sœldner. Analyse du lait de femme, du lait de vache et de jument. (*Zeit. f. Biol.*, XXXIII, p. 535.) — Cuff. Action du lait de vache. (*Ann. of gyn.*, nov.)—Hesse. Nouveau succédané du lait de vache. (*Berlin. klin. Wochens.*, 27 juill.) — Klemm. Le lait d'ânesse et l'alimentation des nouveau-nés. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIII, p. 369.)—Moser. Le lait de Gaertner et l'alimentation des nouveau-nés. (*Ibid.*, XLIII, p. 161.) — Schultz. Le lait de Gaertner et la digestion stomacale. (*Wiener klin. Woch.*, 26 nov.) — Johanessen. Dosage des graisses dans le lait. (*Norsk Mag.*, sept.) — Keferstein. Nouveau microcoque colorant du lait rouge. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 177.) — Stutzer. La stérilisation du lait. (*Cent. f. allg. Gesundheitspfl.*, XIV.) — Vallin. Contrôle de la saleté du lait. (*Rev. d'hyg.*, oct.)

Langue. — Chavasse. Lipomes de la langue. (*Midland med. Soc.*, 25 nov.) — Schwimmer. De quelques affections rares de la langue, lymphangiome, herpès, pemphigus, argyrose. (*Orvosi hetilap*, 46.) — Herzfeld. Double fibrome de la pointe linguale datant de 38 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 723, 10 août.) — Eliot. Cancer de la langue. (*Ann. of surg.*, déc.)

Laparotomie. — Shepherd. L'effet curatif de la laparotomie exploratrice. (*Montreal med. j.*, mars.) — Schaeffer. Technique de la suture dans la laparotomie. (*Cent. f. Gyn.*, 28 nov.) — Fritsch. La mort après la laparotomie. (*Presse méd.*, 30 déc.) — Carstens. La nécessité de la laparotomie exploratrice dans le diagnostic de certains cas obscurs de maladies abdominales. (*Med. Record*, 28 nov.) — Mc Ardle. Laparotomie pour lésion tuberculeuse. (*Amer. j. of obst.* déc.)

Larynx. — Simon. Larynx du pingouin et du cormoran. (*Laryng. Soc. Londres*, 11 nov.) — Renault. De la région sous-glottique du larynx, anatomie. (*Thèse de Bordeaux.*) — Rosapelly. Nouvelles recherches sur le rôle du larynx dans les consonnes sourdes et sonores, voix haute, voix chuchotée, voix respiratoire. (*Mém. Soc. de linguistique Paris*, IX.) — Escat. La laryngoscopie chez l'enfant. (*Arch. int. de laryng.*, IX, p. 479.) — Hitz. Les changements atmosphériques comme facteur direct étiologique des affections catarrhales du conduit respiratoire. (*Laryngoscope*, I, p. 281.) — Variot et Glover. Considérations générales sur les laryngites aiguës de l'enfance. (*J. de clin. inf.*, 26 nov.) — Marchal. Aphonie matinale passagère d'origine nasale et pharyngée. (*Gaz. méd. Picardie*, mai.)—Botella y D. Cortis. Asthme d'origine laryngée. (*El siglo med.*, 9 août.) — Havilland Hall. Œdème des aryténoïdes. (*London lar. Soc.*, 9 déc.) — Egger. De l'œdème aigu du larynx. (*Ann. mal. de l'or.*, juill.) — Variot. Sur les caractères cliniques du faux croup grave. (*J. de clin. inf.*, 18 déc.)—Refslund. Des troubles de la respiration par malformation de l'épiglotte. (*Thèse de Kiel.*) — Permewan. Ulcération tuberculeuse du larynx, une seule corde, guérison par l'acide lactique. (*Liverpool med. Inst.*, 19 nov.) — Ephraim. Traitement de la tuberculose laryngée. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 12 déc.) — Nodet. Un cas rare d'abcès sus-hyoïdien retrolingual ou antiépiglottique. (*Province méd.*, 14 nov.) — Schadewaldt. Affection chronique de la corde vocale droite avec expuition de globules fibrineux en provenant. (*Berlin. klin. Wochens*, p. 723, 10 août.) — Tilley. Un cas de laryngite syphilitique. (*London lar. Soc.*, 11 nov.) — Gennes et Griffon. Syphilis tertiaire du larynx, gomme non ouverte du cricoïde. (*Soc. anat. Paris*, 13 nov.) —

Barbeba. Traitement orthophonique de la paralysie unilatérale. (*Arch. latinos de rin.*, nov., p. 312.) — Botey. La thyrotomie dans le cancer laryngé. (*Ibid.*, p. 317.) — Koenig. Opérations plastiques d'une plaie du cou pénétrant dans le larynx et le pharynx. (*Berlin. klin. Wochen.*, p. 666, 22 juin.) — Audéoud. Corps étranger du larynx (bouton de manchette double) chez un enfant, extrait par les voies naturelles. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, 268.) — Mc Bride. Tumeur graisseuse de l'épiglotte. (*London lar. Soc.*, 9 déc.) — Grant et Lake. Kyste de l'épiglotte. (*Ibid.*, 9 déc.) — Michel. Des kystes de l'épiglotte. (*Thèse de Bordeaux.*) — Brindel. Paroi de kyste de l'épiglotte. (*J. de méd. Bordeaux*, 13 déc.) — Wilcocks. Papillomes multiples du larynx. (*London lar. Soc.*, 11 nov.) — Spencer. 2 cas de cancer du larynx. (*Ibid.*) — Farnham. Volumineux papillome avec aphonie hystérique rebelle. (*Laryngoscope*, I, p. 221.) — Brindel. Enchondrome du larynx. (*J. de méd. Bordeaux*, 13 déc.) — Baurawicz. Carcinome pédiculé de l'épiglotte. (*Arch. f. Laryng.*, IV, p. 175.) — Beale. Épithélioma du larynx et de l'œsophage avec tuberculose et syphilis. (*London lar. Soc.*, 11 nov.) — Barling. Thyrotomie pour cancer du larynx. (*Nottingham and midland counties branch. of brit. Ass.*, 27 nov.) — Negretto. Ablation totale d'un larynx cancéreux; guérison. (*Biforma med.*, 20 nov.) — Brady. Laryngectomie partielle pour épithélioma d'une corde vocale. (*Australas. med. Gaz.*, nov.) — Lermoyez. Laryngotomie intercrico-thyroïdienne. Nécrose par decubitus du châton cricoïdien. Fausse route cricoïdienne. Mort. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 nov.) — Czwiklitzer. Résultat de la résection et de l'extirpation du larynx pour les tumeurs malignes. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 447.) — Solis Cohen. Laryngotomie sans troubles ultérieurs de la voix. (*Laryngoscope*, I, p. 364.) — Lack. Extirpation totale du larynx pour épithéliome. (*London lar. Soc.*, 9 déc.) — Lack. Extirpation totale du larynx, de la paroi antérieure du pharynx, de la partie de la langue pour épithéliome. (*Ibid.*) — Casselberry. Le tubage chez l'adulte dans les sténoses aiguës du larynx. (*Laryngoscope*, I, p. 142.) — Wilson. Accident particulier du tubage; tube engagé dans l'orifice de la canule à trachéotomie faite pour un papillome. (*Ibid.*, I, p. 219.) — Lavrand. Tubage du larynx. (*La Pratiq. journ.*, 10 oct.) — Hillis. La technique de l'intubation. (*Med. Record*, 28 nov.)

Lèpre. — Havelberg. La lèpre à l'hôpital spécial de Rio-de-Janeiro. (*Berlin. klin. Wochens*, 16 nov.) — Blaschko. La lèpre dans la province de Memel. (*Dermat. Zeit.*, déc.) — Koudriawski. Sur les rapports entre la lèpre, la maladie de Morvan et la syringomyélie. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Grossmann. Etiologie de la lèpre et son extension en Europe. (*Brit. med. j.*, 5 déc.)

Leucémie. — Buchanan. De la leucémie. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 242.) C.-F. Martin et Mathewson. Rapports entre la leucémie et la pseudo-leucémie. (*Brit. med. j.*, 5 déc.) — Musser et Sailer. Cas de leucémie. (*Trans. Ass. Americ. phys.*, XI, p. 310.) — Revilliod. Tumeur leucémique du ventre. (*Rev. méd. Suisse romande*, sept.)

Lichen. — Joseph. Anatomie du lichen ruber. (*Arch. f. Dermat.*, XXXVIII, p. 3.) — Dreysel. Un cas de lichen ruber planus causé par l'arsenic. (*Ibid.*, p. 33.) — Hallopeau et Schrœder. Lichen plan limité à la muqueuse buccale. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1307.)

Lipome. — Du Castel. Lipomes symétriques généralisés. (*Ibid.*, VII, p. 1436.) — Dubar. Lipome de la région fessière. (*Nord méd.*, 1er déc., p. 181.) —

Weaver. Un cas de lipome de l'extrémité supérieure du muscle semi-tendineux. (*J. Americ. med. Ass.*, 12 déc.) — Dezanneau. Lipome de la cuisse. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 31.)

Lupus. — Fox. Lupus et autres tuberculides. (*Americ. j. of Obst.*, nov.) — Koch. Du lupus aigu érythémateux. (*Arch. f. Dermat.*, XXXVIII, p. 39.) — Küttner. Du lupus des doigts et orteils. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 551, 15 juin.) — Audry et Iversene. Epithélioma observé sur un lupus de la muqueuse bucco-pharyngée. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 78.) — Winfield. Cas de lupus vulgaire chez la veuve et l'enfant d'un individu mort de tuberculose pulmonaire. (*J. Americ. med. Ass.*, 12 décembre.) — Ravogli. Le traitement du lupus vulgaire par l'électrolyse. (*Ibid.*, 5 déc.) — Du Castel. Lupus érythémateux avec squames psoriasiformes de la face et folliclis des mains. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 46.)

Luxation. — Denucé. Luxation de l'épaule en haut. (*J. méd. Bordeaux*, 19 juill.) — Sonnenburg. Un cas de réduction sanglante de luxation ancienne de l'épaule, mauvais résultats fonctionnels. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 juill.) — Samosch. Traitement chirurgical des luxations de l'épaule. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 803.) — Finckh. De la réduction des luxations anciennes de l'épaule. (*Ibid.*, XVII, p. 751.) — Drehmann. Du traitement opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles de la hanche. (*Ibid.*, p. 775.) — Buthaud. Sur les causes d'irréductibilité et sur le traitement de quelques luxations du coude primitivement irréductibles. (*Thèse de Paris.*) — Merlin. Luxation irréductible du radius en avant compliquée de fracture du cubitus au 1/3 supérieur. (*Dauphiné méd.*, juin.) — Vitrac. Luxations complexes du pouce en dehors. (*J. méd. Bordeaux*, 13 déc.) — Mouezy. Traitement de la luxation de la hanche en avant. (*Thèse de Paris.*) — Smith. Luxation congénitale de la hanche. (*Brit. med. j.*, 12 déc.) — Lorenz. Sur le traitement chirurgical non sanglant des luxations congénitales de la hanche. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 530 et 531, 8 juin.) — Bousquet. Luxation intra-pelvienne de la hanche. (*J. méd. Bordeaux*, 22 nov.) — Paci. Observations sur la méthode de Lorenz pour le traitement non sanglant de la luxation congénitale du fémur. (*Rev. d'orthop.*, 1er nov.)

Lymphatique. — Neidhart. La lymphe dépourvue de tout germe. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 23 déc.) — Ranvier. Morphologie et développement des vaisseaux lymphatiques chez les mammifères. (*Arch. d'anat. microsc.*, I, 1.) — Ranvier. La théorie de la confluence des lymphatiques et la morphologie du système lymphatique de la grenouille. (*Acad. des Sc.*, 7 déc.) — Ranvier. La théorie de la confluence des lymphatiques et le développement des ganglions lymphatiques. (*Ibid.*, 14 déc.) — Ranvier. Des lymphatiques de la villosité intestinale chez le rat et le lapin. (*Ibid.*, 30 nov.) — D'Abundo. Les voies lymphatiques du système nerveux central. (*Ann. di neurol.*, XIV, 3.) — Auché. Polyadénite tuberculeuse expérimentale. (*J. méd. Bordeaux*, 20 déc.) — Villard. Tuberculose des ganglions lymphatiques superficiels. (*Ann. of surg.*, déc.) — Galatti. Le pronostic du lymphatisme chez les enfants. (*Wiener med. Blätter*, n° 50.) — Robinson. Action remarquable de la glycérine à l'ichtyol dans un cas de lymphangio-phlébite. (*N.-York med. j.*, 14 nov.) — Roberts. 5 cas de lymphangiome circonscrit. (*Brit. j. of derm.*, août.) — Piéchaud. Lymphadénome du cou. (*J. méd. Bordeaux*, 20 déc.) — Ducléon. De la lymphosarcomatose et de la tuberculose hypertrophiante méconnue des ganglions lymphatiques. (*Thèse de Bordeaux.*)

M

Main. — Zuckerkandl. Mécanisme des articulations de la main. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 120.) — Féré. Des empreintes digitales dans l'étude des fonctions de la main. (*Soc. de Biol.*, 25 déc.) — Lacaille. Sur une malformation congénitale de la main. (*J. de méd. Paris*, 20 déc.) — Morgan. Skiagramme d'un cas de polydactylie. (*Lancet*, 5 déc.) — Casteret. Altération des ongles d'origine inconnue, décollement spontané. (*Ann. de Derm.*, VII, p. 1419.)— Plagneux. Arrachement de l'annulaire de la main gauche. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — Ribon. Restauration fonctionnelle de la main après le traumatisme. (*Thèse de Lille.*) — Chupin. Plaie de la partie supérieure et palmaire de la main gauche, section de l'artère cubitale et du nerf, ligature de l'artère, suture du nerf. (*Arch. de méd. mil.*, déc.) — Mermet et Lacour. Fibromes angiomateux traumatiques des doigts. (*Soc. anat. Paris*, 6 nov.) — Van Imschoot. Sarcome de l'annulaire gauche. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 oct.)

Mal de mer. — Morel-Lavallée. Le menthol dans le mal de mer. (*Soc. de Thér.*, 10 déc.) — Herz. Le mal de mer. (*Berl. klin. Woschens.*, 14 déc.)

Maladie. — Goodhart. Les frontières de la maladie. (*Lancet*, 21 nov.) — Ransons. Immunité contre la maladie. (*Lancet*, 19 déc.)

Maladies professionnelles. — Couderc. Sur un accident professionnel des maîtres d'armes, rupture probable et partielle du tendon epicondylien. (*Thèse de Bordeaux.*) — Bourguet. Troubles de la vision et modification du fond de l'œil chez les mineurs. (*Gaz. des hôp.*, 1er déc.)

Malformations. — Nasse. Malformations congénitales multiples. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 447, 18 mai.) — Schaeffer. Etude des malformations. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 15.)—Raake. Etude de l'hermaphroditisme masculin interne. (*Verhandl. phys. med. Ges. Würzburg*, XXX, 6.)

Mamelle. — Gottschalk. Abcès de la mamelle chez une nouveau-née. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 juill.) — Gottschalk. Pus à staphylocoques dans les abcès mammaires métastatiques des nouveau-nés. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXV, p. 148.) — Durand. Abcès tuberculeux ossifluents intra-mammaires et tuberculose du sein. (*Province méd.*, 21 nov.) — Etiévant. Lipome de la région mammaire. (*Province méd.*, 12 déc.) — Sasse. Des kystes et tumeurs kystiques de la mamelle. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 1.) — Vanverts. Squirrhe à noyaux disséminés intra-mammaires. (*Soc. anat. Paris*, 11 déc.) — Black. Cancer du sein survenu depuis 20 ans, opéré 3 fois. (*Lancet*, 28 nov.) — Cabot. Sur le cancer du sein. (*Boston med. j.*, 12 nov.) — Shober. 2 cas de carcinome du sein chez des adultes jeunes. (*Ibid.*, 10 déc.) — Warren. Les résultats des interventions dans la cure des cancers du sein. (*Ibid.*, 12 nov.)

Massage. — Traité de massage et de gymnastique médicale. (*Vienne.*) —

Romano. Effets dynamogéniques cardio-vasculaires du massage abdominal. (In-8°, *Paris.*)

Maxillaire. — Mendel. De l'empyème du sinus maxillaire considéré plus particulièrement dans sa forme aiguë. (*J. des Praticiens*, 21 nov.) — Saint-Hilaire. Grosse molaire logée dans le sinus maxillaire. (*Arch. int. de Lar.*, IX, p. 665.) — Brandt, J. Wolff, Gutzmann, Flatau. Des opérations et de la prothèse des sinus maxillaires et de la cavité buccale. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 522, 8 juin.) — Gorit. Technique de la cure radicale de l'empyème du sinus maxillaire. (*Soc. belge d'Otol.*, 8 nov.) — Ripault. Le traitement des empyèmes du sinus maxillaire par l'ouverture large. (*Ann. mal. de l'or.*, nov.) — Karminski. Traitement de l'empyème du sinus maxillaire. (*Arch. latinos de rinol.*, sept.) — Vandenbosche. Traitement de l'épiphora par la trépanation du sinus maxillaire. (*Thèse de Lyon.*) — Pedley. Quelques difformités acquises du maxillaire, leur traitement. (*Guy's hosp. Rep.*, LII, p. 27.) — Boross. Ankylose vraie de la mâchoire. (*Orvosi hetilap.*, p. 49.) — Merkel. Ankylose de l'articulation temporomaxillaire droite à la suite de néoplasme gommeux de la parotide et des environs. (*Münch. med. Woch.*, 15 déc.) — Kocher. Traitement chirurgical de la constriction spasmodique des mâchoires. (*Semaine méd.*, 9 déc.) — Lejars. Sur un ostéome du maxillaire inférieur. (*Bull. Soc. de chir.*, XXVII, p. 702.) — Meslay. Sarcome à myéloplaxes de la mâchoire inférieure. (*Soc. anat. Paris*, 20 nov.) — Wildt. De la résection partielle du maxillaire inférieur avec prothèse naturelle par transplantation osseuse. (*Cent. f. Chir.*, 12 déc.)

Médecine (Hist.). — Staples. Bref historique sur l'éducation médicale aux Etats-Unis. (*J. Americ. med. Ass.*, 21 nov.) — Regnault. La sorcellerie, ses rapports avec les sciences biologiques. (*Thèse de Bordeaux.*) — Gros. Un médecin des colonies au XVIIIe siècle, Pouppée-Desportes. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — Horand. Notice biographique sur Rollet. (*Lyon méd.*, 27 déc.) — Meige. Les peintres de la médecine; l'opération sur le dos. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, IX, p. 381.) — Paulin. La maladie de la pierre dans les anciens duchés de Lorraine et de Bar. (*Revue méd. de l'Est*, 15 déc.) — Deschamps. Les apothicaires en Auvergne au XVIIe siècle. (24e *Bull. Soc. pharm. du Centre.*) — Folet. Molière et la médecine de son temps. (In-32, 228 p. *Lille.*) — Moulé. Histoire de la médecine vétérinaire. (125 p. *Paris.*) — Maramaldi. Semmola, étude biographique. (*Méd. contemp.*, VII, 5.) — Ricciardi. Semmola. (Broch., Naples, 1895.) — Tarnier. Les professeurs Stoltz et Pajot. (*Bull. méd.*, 25 nov.) — Dewees. Eloge de Jenner. (*J. Americ. med. Ass.*, 28 nov.) — Miel. Les idées de Descartes sur la physiologie du système nerveux. (*Thèse de Bordeaux.*) — Mollière. Statistique lyonnaise au moyen âge; démographie et assistance des pauvres. (*Lyon méd.*, 29 nov.) — Herrgott. Le professeur Stoltz. (*Ann. de Gyn.*, nov.) — Langlois. Maurice Schiff. (*Rev. scientif.*, 31 oct.) — Fiessinger. Contre la peste. (*Janus*, I, p. 97.) — Grünfeld. L'épidémie d'ergotisme en Russie. (*Ibid.*, p. 104.) — Peypers. Un pseudo-précurseur de Pasteur au XVIIIe siècle. (*Ibid.*, p. 121.) — Lister. L'art de guérir et la science. (*Rev. scientif.*, 17 oct.) — Cheever. La médecine : commerce et la médecine; profession. (*Boston med. Journ.*, 17 déc.) — Giffard. Les relations de la profession médicale avec le public. (*J. Americ. med. Ass.*, 26 déc.) — Hall. L'éducation médicale aux Etats-Unis. (*Ibid.*, 19 déc.) — Mettler. Vienne et Heidelberg au point de vue de la médecine. (*Ibid.*, 14 nov.) — Fowler. Evolution de la chirurgie au XXe siècle. (*Med. News*, 28 nov.) — Dehio. Sur l'enseignement polyclinique et sa valeur pour l'éducation médicale des étudiants. (*Vratch*, 7 nov.) — Reuss. De l'organisation de tribunaux médicaux d'honneur en Prusse. (*Ann. d'hyg. publ.*, juill.)

Médecine légale. — Tourdes et Metzquer. Traité de médecine légale théorique et pratique. (In-8°, *Paris.*) — Giedroyé. Histoire de la médecine dans la Pologne. Expertise médico-légale dans les anciens tribunaux polonais. (*Kron. lekars.*, supplém. janv.-déc.) — Van Duyse. Technique des autopsies. (*Belg. méd.*, 27 nov.) — Guiol. Le tatouage dans la marine. (*Thèse de Bordeaux.*)—Scheffier. Etude médico-légale sur l'état mental des vieillards. (*Thèse de Lyon.*) — De Perry. Les somnambules extra-lucides, leur influence au point de vue du développement des maladies nerveuses et mentales, aperçu médico-légal. (*Arch. clin. Bordeaux*, oct.) — Garnier. Vols accomplis en état de somnambulisme spontané; observations médico-légales. (*J. de méd. Paris*, 29 nov., et *Méd. mod.*, 5 déc.) — Gayot. Variations de l'état mental et responsabilité. (*Thèse de Bordeaux.*) — Walser. Etude expérimentale sur l'emphysème des paupières sur le cadavre. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p. 201.) — Gréhant. Emploi du grisoumètre dans la recherche médico-légale de CO. (*Acad. des sc.*, 7 déc.) — Pascal. La rupture du cordon et les fractures du crâne chez le nouveau-né au point de vue judiciaire. (*Gaz. hebd. Paris*, 10 sept., et *Arch. de gyn.*, sept.) — Bartholow. L'homicide aux Etats-Unis. (*J. Americ. med. Ass.*, 14 nov.) — Park. Les maladies des yeux et des oreilles au point de vue médico-légal. (*Ibid.*, 12 déc.) — Mason. La personnalité alternante au point de vue médico-légal. (*Ibid.*, 21 nov.) — Putnam. Sur la responsabilité des experts neuropathologiques relativement au témoignage médico-légal. (*Boston med. Journ.*, 22 oct.) — Bradford. L'empreinte du pied. (*Ibid.*, 29 oct.)—Burns. L'identification du squelette humain. (*Ibid.*, 26 nov.) — March. La valeur légale des déclarations mortuaires. (*Ibid.*, 26 nov.) — Kratter. La pénétration de l'arsenic des terrains des cimetières dans les cadavres. (*Wien. klin. Woch.*, 19 nov.) — Van den Bergh. La contusion de la région orbitaire au point de vue médico-légal. (*Presse méd. belge*, 13 déc.) — Brouardel. La suffocation; questions médico-légales. (*Ann. d'hyg. publ.*, juill.)—Mingaud. Application de l'entomologie à la médecine légale. (*Ibid.*, p. 424, mai.) — Brouardel. La submersion ; questions médico-légales. (*Ibid.*, août.) —Perrin de la Touche. — Rapport médico-légal sur un cas de mort subite pendant une tentative d'avortement par injection intra-utérine au septième mois de la grossesse. (*Ibid.*, juill.) — Beauvais. Simulation d'amblyopie double attribuée à la lumière des éclairs. (*Ibid.*, mai.) — Brouardel. Infanticide par immersion dans les fosses d'aisances. (*Ibid.*, nov.) — Brouardel. L'infanticide. (*Ibid.*, oct.) — Ogier. Application médico-légale de la méthode de Roentgen à l'étude du degré de développement du fœtus. (*Ibid.*, août.) — Delbrück. De la responsabilité pénale atténuée dans la folie morale. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 303, 15 mai.) — Schuchardt. Rapports médico-légaux multiples sur un cas de tuberculose traumatique. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XII, juill.) — Ambrosius. Etude médico-légale des blessures des organes urinaires masculins. (*Ib.*, XII, juill.) — Strassmann. 6 cas de manie processive. (*Ibid.*, XII, juill.) — Dittrich. Autostrangulation. (*Ibid.*, oct.) — Szigeti. Suicide par extirpation du larynx. (*Ibid.*, oct.) — Seydel. Avortement criminel à évolution insolite. (*Ibid.*, oct.) — Wilmans. De la mort par submersion. (*Ibid.*, oct.) — Schulz. Valeur des signes de réaction vitale dans les blessures. (*Ibid.*, supplément.) — Szigeti. Emploi de l'acide phénique pour déceler des traces de sang. (*Ibid.*)—Minckar. Altération des cheveux par la chaleur. (*Ibid.*) — Strassmann. De la rigidité cadavérique du cœur. (*Ibid.*)

Médecine militaire. — Auffret. Secours aux victimes des guerres sur mer, ce qu'ils ont été, ce qu'ils sont, ce qu'ils doivent être. (In-8° 52 p., *Paris.*) — Grivet. La 2e expédition anglaise contre les Achantis. (*Arch. de méd.*

mil. déc.) — Lémure. Mortalité de l'expédition de Madagascar. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.) — Delay. Rapport sur la situation sanitaire de Longthion. (*Arch. de méd. nav.*, déc.) — Ferris. Responsabilité et justice militaire. (*Thèse de Bordeaux.*) — Pustochkin. Recherches sur l'infection des plaies par armes à feu. (*Thèse de Berne*, 1895.) — Probst. Recherches sur l'infection des plaies par armes à feu. (*Ibid.*)

Méninge. — Ausset. Sur un cas de méningite à pneumocoques, consécutive à une panophtalmie. (*J. de clin. inf.*, 3 déc.) — C. Lévi. De la méningite séreuse due au pneumocoque. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 49.) — Lefas. Méningite chronique, dégénérescence des capsules surrénales avec absence de pigmentation. (*Soc. anat. Paris*, 18 déc.) — Bourneville et Mettetal. Méningo-encéphalite chronique et idiotie. (*Ibid.*, 18 déc.) — Schwartz. De la méningite spinale chronique et de ses rapports avec le complexus symptomatique du tabes dorsal. (*Wiener med. Blätter*, n° 44.) — Weiss. Du diagnostic de la méningite. (*Prager med. Woch.*, n° 43.) — Heidenhain. Méningite cérébrospinale guérie, suivie de surdité curable. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 771, 24 août.) — White. Guérison d'une attaque ancienne de méningite démontrée à l'autopsie. (*Brain*, n° 76, p. 616.) — Cavasse. La méningite tuberculeuse et le méningisme. (*Rev. de la Tub.*, oct.) — Jacobaus. Sur la méningite tuberculeuse spinale et la leucomyélite aiguë. (*Nord. med. Arkiv*, XXXVIII, n° 27.) — Boals et Paulus. Méningite tuberculeuse consécutive à un traumatisme de la tête. (*Corresp.-Blätt. f. schw. Aerzte*, 1er déc.) — Descheemaeker. Méningite tuberculeuse sans autre lésion tuberculeuse concomitante qu'un ganglion trachéobronchique crétacé. (*Bull. méd. Nord*, 13 nov.) — Maurange. Effets de la tuberculine dans un cas de méningite tuberculeuse. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 nov.)

Menstruation. — Ratz. Asthme bronchique pendant la menstruation. (*Deut. med. Woch.*, 10 déc.) — Jaworski. Mort pendant les règles par anémie. (*Kron. lek.*, p. 843.) — Baldwin. Aménorrée par occlusion complète du col après l'accouchement. (*Med. News*, 14 nov.)

Moelle. — Van Gehuchten. Etude de la moelle épinière chez les vertébrés. (*La Cellule*, XII, p. 115.) — Kollmann. Phantome des fibres nerveuses de la moelle. (*Anat. Anz.*, XII, p. 153.) — Marinesco. Sur une particularité de structure des cellules de la colonne de Clarke et sur l'état de ces cellules dans le tabes simple et dans le tabes associé à la paralysie générale. (*Rev. neurol.*, 15 nov.) — Bruce. D'un faisceau spécial de la zone latérale de la moelle épinière. (*Rev. de Neurol.*, 15 déc.) — Bruce. Cordon spécial dans le cordon latéral de la moelle. (*Scottish med. j.*, I, p. 40.) — Reinhold. Etude des centres vaso-moteurs dans la moelle allongée. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, X, p. 67.) — Lugaro. Sur les altérations des cellules nerveuses des ganglions spinaux à la suite des sections de la branche périphérique ou centrale de leur prolongement. (*Riv. di patol. nervosa*, I., p. 457.) — Rosin. Hétérotopie de la moelle. (*Berl. klin. Woch.*, 3 août.) — Bazilewski. Recherche par le procédé de Marchi des dégénérescences descendantes dans la moelle après la section d'un pédoncule cérébelleux postérieur. (*Obozr. psychiatrii*, juin.) — Dobrotworski. Sur la succession des dégénérescences secondaires dans les faisceaux de la moelle après leur section. (*Ibid.*, août.) — Ceni. Sur les fines altérations histologiques de la moelle dans les dégénérescences secondaires ascendantes et descendantes. (*Arch. ital. de Biol.*, XXVI, p. 97.) — Gabri. A propos des cellules radiculaires postérieures de Lenhosseck et Cajal. (*Ibid.*, p. 115.) — Vassale. Les différences anatomopathologiques entre les dégénérescences systématiques pri-

mitives et secondaires de la moelle. (*Riv. sper. di freniat*, XXII, p. 788.) — Goldscheider et Flatau. De l'hématomyélie. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 175.) — Courtney. Poliomyélite antérieure aiguë. (*Boston med. Journ.*, 17 déc.) — De Rham. Un cas de myélite diffuse. (*Thèse de Lausanne.*) — Clemens. Des maladies de l'extrémité inférieure de la moelle. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, IX, p. 464.) — Muchin. Des paralysies médullaires toxiques spasmodiques. (*Ibid.*, IX, p. 443.) — Manu. Etude clinique et anatomique de l'hémiplégie spinale. (*Ibid.*, X, p. 1.) — Redlich. Quelques affections toxiques des cordons postérieurs. (*Cent. f. allg. Pathol.*, 15 déc.) — Preston. Paralysie de Brown-Séquard. (*J. of nerv. dis.*, oct.) — Kœster. Diagnostic différentiel des maladies du cône médullaire et de la queue de cheval. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, IX, p. 431.) — Habel. Etat du réflexe patellaire dans les sections transversales de la moelle. (*Arch. f. Psych.*, XXIX, p. 25.) — Grocco. De la maladie d'Erb et d'Erb-Goldflam. (*Settim. med.*, 12 sept.) — Mlle Sossedoff. Etude du syndrome d'Erb. (*Thèse de Genève.*) — Leblond. Note sur un cas d'astasie abasie. (*J. de méd. pratique*, 25 déc.) — Cousot. Phénomènes oculo-pupillaires et vaso-moteurs dans les compressions de la moelle. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, X, p. 797.) — Estor et Rauzier. Pathologie et traitement de la compression de la moelle. (*N. Montpellier méd.*, 14 nov.) — Thiem. Lésions médullaires consécutives à des blessures de la périphérie. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 593, 29 juin.) — Bailey. L'effet de l'atrophie optique précoce sur la marche de l'ataxie locomotrice. (*Med. Record*, 14 nov.) — Berdez. Un cas isolé de maladie de Friedreich. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 304.) — Pitres et Carrière. Fait relatif à l'étude pathogénique des arthropathies et des fractures spontanées chez les tabétiques. (*Arch. clin. Bordeaux*, nov.) — Dercum et Spiller. Un cas de syringomyélie limitée à une corne postérieure de la région cervicale avec artropathie de l'épaule et dégénérescence ascendante dans les faisceaux pyramidaux. (*Americ. j. of med. sc.*, déc.) — Nasse. 3 cas de syringomyélie dont l'un avec maladie de Raynaud. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 448, 18 mai.) — Dimitroff. De la syringomyélie. (*Arch. f. Psych.*, XXIX, p. 299.) — Bieschowsky. 1 cas de maladie de Morvan (syringomyélie cervicale). (*Berlin. klin. Woch.*, p. 726, 10 août.) — Hitzig. 1 cas de syringomyélie bulbaire. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, IX, p. 362.) — Bawli. Syringomyélie et traumatisme. (*Thèse de Kœnigsberg.*)

Molluscum. — Beck. Etude du molluscum contagiosum. (*Arch. f. Dermat.*, XXXVII, p. 167.) — Casagrandi. Sur la reproduction expérimentale des corps inclus dans les cellules épidermiques des nodules du molluscum contagiosum. (*Riforma med.*, 16 nov.)

Monstre. — Brayn et Stuck. Monstre hémicéphale. (*Brit. med. j.*, 19 déc.) — Pichez. Etude historique, étiologique et pathologique au sujet d'un cas de synencéphalie. (*Thèse de Bordeaux.*) — Eliza Root. 1 cas de monstre composite : monomphalique ischiopage. (*J. Americ. med. Ass.*, 12 déc.) — Ballantyne. Teratogénèse; enquête sur les causes de monstruosité. (*Edinburgh med. journ.*, sept.) — Wendling. Un cas de tératologie. (*Wiener med. Woch.*, 28 nov.)

Morve. — Nocard. Rapport sur une mesure relative à la prophylaxie de la morve. (*C. r. Cons. salubr. Seine*, II, p. 270.) — Roux. La morve et le farcin. (*L'Indépendance méd.*, 16 déc.) — Brault et Rouget. 1 cas de morve humaine de forme anormale; difficultés du diagnostic clinique et bactériologique. (*Gaz. hebd. Paris*, 20 déc.)

Muscle. — Negro. Histologie du sarcolemme des fibres musculaires striées.

(*Giorn. Acad. med. Torino*, déc.) — Clarke. Quelques effets du manque de développement musculaire. (*Brit. med. j.*, 21 nov.) — Schultz. Physiologie des muscles lisses. (*Arch. f. Phys.*, p. 543.) — Chauveau. L'énergie dépensée par le muscle en contraction statique pour le soutien d'une charge, d'après les échanges respiratoires. (*Acad. des Sc.*, 28 déc.) — Nicolaides. Dispositif simple pour enregistrer la courbe d'extensibilité du muscle. (*Arch. f. Phys.*, p. 193.) — Tissot. Les lois du mouvement énergétique dans les muscles en contraction volontaire. Sur la création de l'élasticité et l'énergie qui lui a donné naissance dans les muscles en contraction volontaire. (*Ibid.*, p. 78 et 90.) — Chauveau. Critique des expériences de Hirn sur la thermodynamique et le travail chez les êtres vivants. (*Ibid.*, IX, p. 229.) — Zuntz. La régulation du calorique durant le travail musculaire. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 août.) — Battistini. Sur la fatigue musculaire dans certains états pathologiques. (*Gaz. d. Osped.*, 25 nov.) — Charrin et Mlle Pompilian. Influence des toxines microbiennes sur la contraction musculaire. (*Soc. de Biol.*, 28 nov.) — Winternitz. Travaux récents sur la chimie du muscle et la chimie alimentaire de la viande. (*Hyg. Rundsch.*, 1er sept.) — Kalischer. Sur 3 cas d'absence des muscles pectoraux. (*Berl. klin. Woch.*, 18 mai.) — Sorgo. De quelques troubles de la motilité intermittents. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 267.) — Pluymers. Des sarcosporidies et de leur rôle dans la pathogénie des myosites. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 761.) — Natvig. Des infiltrations pathologiques des tissus sous-cutanés, muscles, nerfs. (*Zeit. f. orthop. Chir.*, IV, 4.) — Diller. Dystrophie musculaire primitive chez deux frères. (*Med. Record*, 7 nov.) — Oppenheim et Cassirer. Etude de l'atrophie musculaire progressive neurotique. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, X, p. 193.) — Bettmann. Maladie de Thomsen avec tétanie. (*Ibid.*, IX, p. 331.) — Stenbo. Paramyoclonus avec mouvements irrésistibles. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 nov.) — Janni. Sur la pathogénie des déchirures aponévrotiques et des hernies musculaires. (*Riforma med.*, 23 nov.) — Cornil. Hématomes intra-musculaires. (*Soc. anat. Paris*, 22 mai.) — Capmas. Pathogénie des ostéomes musculaires. (*Thèse de Lyon.*) — Vallas. Sarcome du deltoïde. (*Lyon méd.*, 15 nov.)

Mycosis. — Hallopeau et Bureau. Mycosis fongoïde avec prurigo. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 52.) — David. Mycosis fongoïde avec stade initial. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 434.) — Smith. Mycosis fongoïde. (*Brit. j. of derm.*, sept.) — Lukasiewicz. Du 1er et du 2e stade de la dermatose d'Alibert; mycosis fongoïde. (*Arch. f. Dermat.*, XXXVII, p. 141.) — Waelsch. Pathologie de l'hyphomycose. (*Ibid.*, XXXVIII, p. 203.) — Brault et Rouget. Note clinique et bactériologique sur une pseudo-mycose observée en Algérie. (*Soc. de Biol.*, 5 déc.)

Myopie. — Fukala. Amélioration de l'acuité visuelle après les opérations pour myopie. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p. 206.) — Leber. De l'acuité visuelle dans la myopie élevée avant et après l'ablation du cristallin. (*Ibid.*, p. 218.) — Zimmermann. Traitement de la myopie intense par l'ablation du cristallin. (*Memorabilien*, XL, 7.) — Harlan. La question de l'ablation du cristallin dans la myopie. (*J. Americ. med. Ass.*, 28 nov.)

Myxœdème. — Küster. Myxœdème et goitre chez une fillette de 13 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 août.) — Buys. 2 cas de myxœdème infantile traités par l'extrait thyroïdien. (*Soc. belge d'Otol.*, 8 nov.) — Hertoghes. Diagnostic de la possibilité d'une reprise de croissance dans les arrêts ou retards notables dus au myxœdème à l'hyperazoturie et au rachitisme. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, VIII, p. 564.) — Metcalf. Un cas de myxœdème. (*Boston*

med. Journ., 29 oct.) — Woodmann. Un cas de myxœdème traité par l'extrait de thyroïde. (*Med. Record*, 31 oct.) — Marie et Jolly. Un cas de myxœdème guéri par l'emploi de la thyroïodine. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 nov.)

N

Nævus. — Thibierge. Nævus acnéique en bandes, nævus à comédons. (*Ann. de Derm.* VII, p. 1298.) — Brocq. Télangiectasie en plaques multiples. (*Ibid.*, VIII, p. 41.) — Selhorst. Nævus acnéiforme unilatéral. (*Brit. j. of derm.* nov.) — Galewsky et Schlossmann. Du nævus linéaire. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVIII, p. 85.)

Nerf. — Cavazzani. Sur les ganglions spinaux. (*Acad. med. chir. Ferrara*, 14 déc.) — Youstchenko. Sur la structure des ganglions sympathiques chez les mammifères et chez l'homme. (*Varsovie.*) — Dielow. Sur les noyaux de l'hypoglosse. (*Obozr. psych.*, avril.) — Benda. Fibres de la névroglie. (*Berlin. klin. Wochens.*, 570, 22 juin.) — Carnot. Sur les nerfs chromatomoteurs de la grenouille (*Soc. de Biol.*, 21 nov.) — Osipoff. Sur les terminaisons du nerf vague dans le bulbe. (*Obozr. psych.*, mars.) — Telatnik. Sur les terminaisons du nerf glosso-pharyngien dans le bulbe. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Chiarugi. Rudiments d'un nerf intercalé entre l'acoustico-facial et le glosso-pharyngien dans des embryons de mammifères. (*Monit. zool. ital.*, VII, p. 52.) — Betti. Des anastomoses entre les nerfs hypoglosses et les nerfs cervicaux. (*Acad. med. Genova*, 30 nov.) — Adolphi. Variations des nerfs spinaux et du rachis chez les amphibies anoures. (*Morphol. Jahrb.*, XXV, p. 115.) — Gutmann. Histologie des nerfs ciliaires. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLIX, p. 1.) — Ouchakoff. Le nerf vague comme nerf sécréteur de l'estomac. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, IV, p. 429.) — Morestin. Le nerf musculo-cutané et l'innervation des téguments de la main. (*Soc. anat. Paris*, 13 nov.) — Zander. De la disposition des faisceaux radiculaires du nerf oculo-moteur à la sortie du cerveau. (*Anat. Anz.*, XII, p. 545.) — Cannieu. Sur l'innervation de l'éminence thénar par le cubital. (*J. méd. Bordeaux*, 23 août.) — Kellogg. La physiologie et la décussation des nerfs. (*J. Americ. med. Ass.* 5 déc.) — Mirto. Influence trophique des nerfs sensitifs. (*Arch. di Ottal.*, IV, p. 191.) — Waller. Action sur le nerf isolé des anesthésiques, sédatifs et narcotiques. (*Brain*, n° 76, p. 569.) — Mannelli. Sur quelques faits d'inhibition réflexe observés sur les nerfs périphériques. (*Arch. ital. de Biol.*, XXVI, p. 124.) — Tirelli. Comment se compose le stroma neurokératinique des fibres nerveuses dans le tronc périphérique d'un nerf sectionné et sur le cadavre. (*Ibid.*, XXVI, p. 33.) — Apolant. Effets de la section intercranienne du nerf moteur oculaire commun chez le chat. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 445, 18 mai.) — Marinesco. Sur les phénomènes de réparation dans les centres nerveux après la section des nerfs périphériques. (*Soc. de Biol.*, 21 nov.) — Dopter. Des troubles de la sensibilité dans la zone du nerf fémoro-cutané. (*Thèse de Lyon.*) — Schuster. Cas de paralysie radiculaire du plexus brachial. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 447, 18 mai.) — Pugliese et Milla. Participation du nerf facial supérieur dans l'hémiplégie. (*Riv. sper. di freniat.*, XXII, p. 805.) — Young. Présence

de nerfs dans les tumeurs; autres détails révélés par la méthode d'Ehrlich. (*J. of experim. med.*, II, p. 1.) — Nolle. Accidents de névrite traumatique et troubles trophiques. (*Loire méd.*, 15 nov.) — Moty. Névrite du membre supérieur droit avec ulcères du médius et de l'annulaire. (*Bull. méd. Nord*, 23 oct.) — Dejerine. De la névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance. (*Rev. de méd.*, nov.) — Sorgo. De la polynévrite récurrente. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 223.) — Sacchi. Un cas exceptionnel de polynévrite. (*Settim. med.*, 17 oct.) — De Buck et De Moor. Polynévrite par auto-intoxication. (*Belgique méd.*, 19 nov.) — Rosenblath. Pathologie de la polynévrite. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IX, p. 311.) — Bayle. Des névrites puerpérales. (*Thèse de Lyon.*) — Cutler. Un cas de polinévrite périphérique consécutive à la délivrance. (*Boston med. Journ.*, 17 déc.) — Deguy. Phlegmons dans les névrites périphériques. (*Rev. de méd.*, déc.) — Arié. Sur la composition des troncs nerveux des membres par du tissu fibreux cicatriciel. (*Thèse de Paris.*) — Putnam. Des névralgies périodiques du nerf trijumeau; leurs relations avec la migraine. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 161.) — Krause. La névralgie du trijumeau; anatomie et physiologie du nerf. (In-8°, 260 p., Leipsig.) — Ewart. Traitement médical du tic douloureux. (*Brit. med. j.*, 21 nov.) — Dana. Méthode de soulagement du tic douloureux. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 383.) — Tiffany. Opérations intra-craniennes pour le traitement des névralgies faciales. (*Ann. of surg.*, nov.) — Laguaite. Ablation du ganglion de Gasser pour névralgie rebelle du trijumeau. (*Lyon méd.*, 15 nov.) — Poirier. Résection du ganglion de Gasser, arrachement protubérantiel du trijumeau. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 574.) — Tiffany. Opérations intra-craniennes pour le traitement des névralgies du facial. (*Ann. of surg.*, déc.) — Jonnesco et Juvara. Résection du nerf maxillaire inférieur et du ganglion de Meckel; nouveau procédé opératoire. (*Arch. sc. méd.*, sept.) — Monari. Un cas de résection du ganglion de Gasser. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 495.) — Gallois. Névralgie de Morton. (*Bull. méd.*, 20 déc.) — Nolle. De la névralgie épicondylienne. (*Loire méd.*, 15 oct.) — Fornaca. 2 cas de sciatique avec scoliose alternante. (*Archivio ital. di Clin. medica.*, 30 août.) — Babinski. Abolition du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 décembre.) — Lapeyre. De la névrite sciatique comme complication possible de l'élongation accidentelle du nerf; 2 cas. (*Gaz. méd. du Centre.*, déc.) — Norström. Traitement de la sciatique par le massage. (*N.-York med. j.*, 12 déc.) — Renton. 4 cas de sciatique guéris par ablation d'adhérences. (*Scottish med. j.*, I, p. 35.) — Jonnesco. La résection totale et bilatérale du sympathique cervical. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 84.) — Boccasso. Sur un neurome plexiforme du nerf grand hypoglosse propagé à la langue. (*Giorn. Accad. medic. Torino.*, oct.) — Pilliet et Souligoux. Névrome prérotulien. (*Soc. anat., Paris*, 13 nov.) — Branca. Neurofibromatose intestinale. (*Soc. de Biol.*, 26 déc.)

Nerveux (Système). — Van Gehuchten. Anatomie du système nerveux de l'homme. (In-8°. *Louvain*, 1897.) — Jakob. Atlas du système nerveux à l'état normal et à l'état pathologique, trad. de Rémond et Clavelier. (In-8°, 224 p., *Paris*, 1897.) — Colucci. Morphologie et valeur des parties constituantes de la cellule nerveuse. (*Ann. di neurol.*, XIV, 3.) — Bechterew. Sur les rapports des cellules du système nerveux central entre elles. (*Obozr. psych.*, mars.) — Bechterew. Sur les rapports des vaisseaux des ganglions intervertébraux avec les cellules ganglionnaires. (*Neurol. Westnik.*, IV.) — Donaggio. Présence d'un réticulum dans le protoplasma de la cellule nerveuse. (*Riv. sper. di freniat.*, XXII, p. 862.) — Simon. Sur la cellule des ganglions sympathiques des hirudinées. (*Int. Mon. f. Anat.*, XIII, 8.) —

Cajal. Structure du protoplasme nerveux, (*Rev. trim. micrograf.*, I, p. 1, mars.) — Roncoroni. Le chlorure de platine comme réactif fixateur pour les éléments nerveux. (*Arch. di Psichiat.*, XVII, p. 5 et 6.) — Valenza. Sur le rôle joué par les leucocytes et les noyaux de la névroglie dans la destruction de la cellule nerveuse. (*Soc. de Biol.*, 20 déc.) — Lugaro. Altérations des cellules nerveuses par mutilation partielle du prolongement nerveux. (*Riv. di patol nerv.*, I., p. 432.) — Broca et Richet. Période réfractaire dans les centres nerveux. (*Soc. de Biol.*, 19 déc.) — Bill. Symptômes particuliers des troubles sympathiques. (*N.-York med. j.*, 21 nov.) — Siglinde Stier, Recherches expérimentales sur l'état des muscles striés dans les lésions du système nerveux. (213 indicat. bibliog., *Arch. f. Psych.*, XXIX, p. 249.) — Feré. Dysgraphie émotionnelle. (*Soc. de Biol.*, 14 nov.) — Bechterew. Sur le phénomène patellaire comme signe diagnostique des maladies nerveuses. (*Obozr. psych.*, mars.) — Punton. Etiologie et prophylaxie des affections nerveuses fonctionnelles. (*J. Americ. med. Ass.*, 31 oct.) — Holden. Troubles visuels dus aux affections nerveuses. (*Med. Record.*, 31 oct.)

Névrose. — Hallervorden. Pathogénie des névroses puerpérales et des psychoses toxiques. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LIII, 5.) — Arndt. Diagnostic différentiel des névroses traumatiques. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, IX, p. 341.) — Holsti. De la fréquence de la neurasthénie en Finlande; symptômes et causes. (*Lyon méd.*, 13 déc.) — Critzman. Du réflexe crémastérien et bulbo-caverneux dans la neurasthénie. (*Presse méd.*, 12 déc.) — Knapp. La nature de la neurasthénie et ses relations avec les terreurs morbides et les idées impératives. (*Boston med. Journ.*, 22 oct.) — Tissié. La fatigue chez les débiles nerveux ou fatigués. (*J. Méd. Bordeaux*, 22 nov.) — Mingazzini. De la dysphrénie hémicranienne. (*Mon. f. Psych.*, I, p. 1.) — Feilberg. Sur une cause peu fréquente de hoquet. (*Norsk. Magazin*, nov.) — Bresler. Des tics convulsifs. (*Neurol. Cent.*, 1er nov.) — Siebert. Maladie des tics convulsifs avec athétose. (*Deut. med. Woch.*, 10 déc.) — Edes. Considérations diagnostiques sur le traitement de quelques névroses banales. (*J. Americ. med. Ass.*, 21 nov.) — Moebius. Sur le traitement des nerveux. (*Münch. med. Woch.*, p. 1044, 27 oct.) — Lewy et Schinder. Traitement de l'acéphalée par le bleu de méthylène. (*Berlin. klin. Wochens.*, 9 et 16 nov.)

Nez. — Barllay. Maladies du nez et de la gorge chez l'enfant. (*N.-York. med. j.*, 28 nov., p. 727.) — Stucky. Maladies des cavités nasales et des tissus. (*Americ. practitioner*, 27 juin.) — Farber. Sinus du nez, anatomie topographique, remarque sur les opérations. (*Laryngoscope*, I, p. 284). — Eaton. Hygiène nasale et aurale. ((*Ibid.*, I, p. 352.) — Scheier. A propos de la photographie des cavités des fosses nasales et du larynx au moyen des rayons de Rœntgen. (*Arch. int. de Lar.*, IX, p. 598.) — Holmes. La cavité sphénoïde; ses rapports avec l'œil. (*Arch. of Opht.*, XXV, p. 460.) — Scheppegrell. L'électricité en rhinologie et otologie. (*N. Orleans med. j.*, déc.) — Goodall. Etude expérimentale sur les fonctions respiratoires du nez. (*Boston med. Journ.*, 5 nov.) — Gastou. La toux nocturne spasmodique émétisante des jeunes enfants et le coryza. (*J. de clin. infant*,, 18 déc.) — Prota. Un cas de rhinite professionnelle (poussières de bois, sciage.) (*Boll. mal. dell' Orrechio*, XV, p. 5.) — Mulford. Thérapeutique de la rhinite aiguë. (*Americ. med. surg. Bull.*, 21 nov.) — Melzi. Des névroses réflexes d'origine nasale. (Broch., *Milan.*) — Brisard. L'éternuement. (*Thèse de Lyon.*) — Koplik. L'épistaxis et les maladies du cœur. (*Univ. med. j.*, nov.) — Teichmann. Etude des suppurations nasales. (*Therap. Mon.*, déc.) — Teets. Infiltration sous-muqueuse des parois du vomer; traitement. (*Jour. of Opht. and Otol.*, VIII,

avril.) — Foucher. Nécrose du sphénoïde. (*Rev. int. de rhinol.*, oct.) — Treitel. Sur les affectations cérébrales consécutives aux suppurations nasales. (*Soc. de méd. Berlin*, 2 déc.) — Herzfeld. Suppuration des sinus du nez. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 163.) — Baber. Mucocèle du sinus frontal; opération radicale. (*London lar. Soc.*, 11 nov.) — Goris. Technique de la cure radicale de la sinusite maxillaire. (*Soc. belge d'Otol.*, 8 nov.) — Treitel. Abcès du cerveau, suite de sinusite frontale. (*Deut. med. Woch.*, 19 nov.) — Boucheron. Sérothérapie antistreptococcique dans les rhinites chroniques à streptocoques. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 661.) — Seiss. Progrès récents dans le traitement de la rhinite atrophique. (*Med. News*, 28 nov.) — Buys. Sérothérapie dans l'ozène. (*Soc. belge d'Otol.*, 8 nov.) — Cozzolino. La sérothérapie peut-elle résoudre le problème de la cure radicale de l'ozène. (*Boll. mal. dell' Orrechio*, XIV, p. 263.) — Todd. Epilepsie par obstruction nasale. (*Laryngoscope*, I, p. 212.) — Williams. Sténose congénitale du nez. (*London lar. Soc.*, 9 déc.)—Mendel. Causes de l'obstruction nasale. (*J. des Praticiens*, 5 déc.) — Pierce. Cautérisation linéaire pour la réduction de l'hypertrophie des cornets. (*Medicine*, nov.) — Bergeat. Guérison d'un lupus intra-nasal par le gaiacolvasogène. (*Münch. med. Woch.*, 29 déc.) — Flatau. Syphilis nasale. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 sept.) — Forker. Opération plastique pour destruction du nez par la syphilis. (*Med. Record*, 14 nov.) — Dohi. Etude du rhinophyma. (*Arch. f. Derm.*, XXXVII, p. 361.) — Moure. Pathogénie et traitement des déviations de la cloison du nez chez les jeunes enfants. (*J. méd. Bordeaux*, 18 oct.) — Mc Cassy. Sur les difformités de la cloison nasale. (*Americ. med. Bull.*, 26 déc.) — Bergeat. Etiologie des déviations de la cloison nasale. (*Mon. f. Ohr.*, nov.) — Pynchon. Hypertrophies molles antérieures de la cloison nasale. (*Laryngoscope*, I, p. 290.) — Gleason. Nouvelle opération pour les déviations de la cloison nasale. (*Ibid.*, I, p. 265.)—Casselberry. Electrolyse pour les éperons de la cloison. (*Ibid.*, I, p. 76.) — Mac Coy. Pénétration des dents dans les fosses nasales; analyse des cas publiés et observations inédites. (*N.-York med. j.*, 26 déc.) — Zapparoli. Corps étrangers simulant une rhinite caséeuse. (*Bol. mal. dell'Orrechio*, XV, p. 25.) — Stucky. Rhinolite pesant 76 grains (3gr,80) chez un enfant de 10 ans. (*Laryngoscope*, I, p. 102.) — Rupp. Polype du nez chez une fillette de 4 semaines. (*Med. Record*, 14 nov.) — Gibson. Polype du nez chez un enfant de 7 ans. (*Austral. med. Gaz.*, 21 déc.) — Turner. Papillome de la cloison nasale. (*London lar. Soc.*, 9 déc.) — Horne. Fibrome de la fosse nasale (*Ibid.*, 9 déc.) — Gourdiat. Diagnostic différentiel des pseudo-néoplasmes tuberculeux et des tumeurs malignes des fosses nasales. (*Rev. des mal. cancér.*, II, p. 67.) — Berger. Chondrome des fosses nasales. (*L'Abeille méd.*, 26 déc.) — Noquet. Un cas de tumeur fibro-cartilagineuse et celluleuse, télangiectasique de la cloison des fosses nasales. (*Bull. méd. Nord*, 11 déc.) — Isala. Contributions clinique et opératoire à l'ostéome des fosses nasales. (*Rev. int. de rhinol.*, nov.) — Bond. Sarcome du nez opéré depuis 5 ans. (*London lar. Soc.*, 11 nov.) — Bond. Angiome de la cloison. (*Ibid.*) — B. Fraenkel. Tumeur maligne de l'antre d'Highmore avec exopthalmie, envahissement du nez et de la cavité buccale. (*Berl. klin. Woch*,, p. 568, 22 juin.) — Scheppegrell. Sarcome du nez, mort. (*Laryngoscope*, I, p. 95.) — Piergili. 10 cas de rhinoplastie par la méthode indienne. (*Soc. lancisiana Roma*, 19 déc.) — Parlavecchio. Nouveau procédé de rhinoplastie totale dans la destruction complète du squelette nasal. (*Ibid.*) — Israel. Nouvelle méthode de rhinoplastie à lambeau cutané osseux pris sur l'avant-bras. (*Berl. klin. Woch.*, 28 sep.) — Finny. Rhinoplastie après un lupus. (*Brit. med. j.*, 5 déc.)

Nutrition. — Medvedew. De la puissance d'oxydation des tissus. (*Arch. f.*

ges. Phys., LXV, p. 249.) — Stockman et Greig. Ingestion et excrétion de fer à l'état de santé. (*J. of Phys.*, XXI, p. 55.)

O

Obésité. — Proust et Mathieu. L'hygiène de l'obèse. (In-16, 344 p., *Paris.*)

Occlusion intestinale. — Hecker. De l'occlusion intestinale congénitale. (*St-Petersb. med. Woch.*, 21 nov.) — Milian. Invagination intestinale agonique. (*Soc. anat. Paris*, 13 nov.) — Weil et Frankel. Invagination intestinale produite par un diverticule de Meckel. (*Ibid.*, 18 déc.) — Cestan et Wiart. Un cas rare d'occlusion intestinale. (*Ibid.*, 27 oct.) — Petit. Invagination intestinale formant une tumeur rectale polypiforme chez un enfant de 11 mois, ablation, guérison. (*Ibid.*, 30 oct.) — Ciuti. Etranglement interne par bride. (*Settimana med.*, 28 nov.) — Hollander. 3 cas d'invagination de l'intestin. (*Berl. klin. Woch.*, 24 août.) — Christiaeus. L'occlusion intestinale au cours des péritonites tuberculeuses. (*Thèse de Lille.*) — Dubar. Rétrécissement de l'intestin, occlusion complète par corps étranger au niveau de la valvule iléo-cœcale, entéro-anastomose, mort. (*Bull. méd. Nord*, 25 déc.)

Œdème. — Iljisch. De l'excrétion urinaire de jour et de nuit, de l'évaporation par la peau et le poumon dans les œdèmes. (*Münch. med. Woch.*, 29 déc.)

Œil. — Schwabe. Sur la division principale de l'oculo-moteur en noyaux secondaires et leur topographie. (*Neurol. Cent.*, 1er sept.) — Bechterew. Sur les noyaux des nerfs moteurs de l'œil et sur leurs rapports entre eux. (*Obozr. psych.*, juill.) — Johnson. Notes sur la macula lutea. (*Arch. of Opht.*, XXV, p. 445.) — Ostmann. Des rapports entre l'œil et l'oreille. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p. 1.) — Longh. Rapports de l'intensité de l'excitation avec sa durée dans les sensations visuelles. (*Psychol. review*, sept.) — Telatnik. Sur les illusions optiques partielles de Müller-Lyer. (*Neurol. Westnik*, IV et *Obozr. psych.*, avril.) — Ovio. Interprétation de la loi relative au rapport de la grandeur entre les images nettes et les images diffuses. (*Rev. gén. d'Opht.*, XV, p. 534.) — Katz. Influence de l'âge sur l'acuité visuelle. (*Vestnik opht.*, nov.-déc.) — Wood. Le port de la voilette et ses effets sur la vision. (*Boston med. Journ.*, 3 déc.) — Webster. Restauration de la vision après une cécité de 17 ans. (*Arch. of. Opht.*, XXV, p. 521.) — Savage. Quelques points intéressants relativement à la réfraction. (*J. Amer. med. Ass.*, 21 nov.) — Stirling. Sur quelques sensations subjectives visuelles. (*Ibid.*, 5 nov.) — Hobby. La coordination des muscles oculaires. (*Ibid.*, 5 déc.) — Jackson. La valeur de l'homatropine dans le diagnostic de l'amétropie. (*Ibid.*, 21 déc.) — Harlan et Woods. L'examen des yeux dans les écoles de Baltimore. (*Ibid.*, 5 déc.) — Heath. L'usage des verres. (*Ibid.*, 19 déc.) — Romiée. De l'emploi des verres colorés ou fumés. (*La Clin. opht.*, nov.) — Mac Lean. Hétérophorie accommodative. (*Ann. d'ocul.*, déc.) — Hess. Etude de la contraction partielle du muscle ciliaire. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p. 257.) — Dor. La sensibilité de l'œil aux rayons X. (*Rev. gén. d'Opht.*, XVI, p. 49.) — Meissner. Photographie du fond de l'œil. (*Arch. f. Phys.*, p. 536.) — Dolganoff. Sur les lésions oculaires après la ligature du canal cystique.

(*Vratch*, 28 nov.) — Duane. Nouvelle classification des troubles moteurs de l'œil, basée sur les principes physiologiques. (*Ann. of Opht. and Otol.*, V, p. 969.) — Erdmann Mueller. De la fatigue et des troubles du champ visuel chez les sujets sains. (*Arch. f. Psych.*, XXIX, p. 225.) — Deneffe. L'ophtalmie granuleuse devant le conseil provincial de la Flandre orientale. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, X, p. 586.) — Chartres. De l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. (*Thèse de Bordeaux.*) — Randolph. Iridochoroïdite suppurée d'origine obscure, suivie de panophtalmie chez un enfant de 9 mois. (*Ann. of Opht. and Otol.*, V, p. 962.) — Dalché. La migraine ophtalmoplégique, paralysie oculo-motrice périodique. (*Gaz. hebd. Paris*, 10 déc.) — Gourfein. Double ophtalmoplégie extérieure congénitale et héréditaire chez 6 membres de la même famille. (*Rev. méd. Suisse rom.*, déc.) — Lehmann. Hémiopie dans l'amaurose puerpérale. (*Berlin klin. Woch.*, 21 déc.) — Coggin. Quelques cas d'hémianopsie. (*Boston med. Journ.*, 24 déc.) Dor. Persistance de la vision binoculaire dans un cas d'amblyopie monoculaire hystérique. (*Rev. gén. d'opht.*, XVI, p. 51.) — Uhthoff. Microphtalmie congénitale double chez une fille de 36 ans, complètement aveugle de naissance. (*Berl. klin. Woch.*, p. 771, 24 avril.) — L. Mayer. 2 cas de microphtalmie. (*Centr. f. prakt. Augenh.*, août.) — Spiro. Un cas d'ectropion congénital de l'uvée. (*Ibid.*, oct.)—Ginsberg. Sur le coloboma congénital de l'œil. (*Ibid.*, août.) — Ellis. Un cas de cécité absolue semblant causé par une dose trop forte de quinine. (*J. Americ. med. Ass.*, 7 nov.) — Short. Traitement de l'atrophie du nerf optique par les onctions mercurielles et les bains chauds. (*Ibid.*, 5 déc.) — Roy. Atrophie du nerf optique d'origine spinale obscure. (*Ibid.*, 31 oct.) — De Schweinitz. Atrophie du nerf optique par agents toxiques. (*Ibid.*, 31 oct.) — Ogilvie. Atrophie du nerf optique chez 2 frères. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XVI, p. 111.) — Batten. Une famille avec atrophie optique héréditaire. (*Ibid.*, p. 125). — Spicer. Névrite optique. (*Ibid.*, p. 131.) — Walker. Tumeur du nerf optique. (*Ibid.*, p. 139.) — Goh. Des lésions oculaires dans les maladies septiques générales. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p. 147.) — Zielinski, De Nencki et Karpinski. La ténonite séreuse. (*Ann. d'ocul.*, nov.) — Ellis. Un cas de double exophtalmie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 nov.) — Oliver. Luxation traumatique du globe dans l'orbite, exophtalmie traumatique. (*Ann. d'ocul.*, déc.) — Schmidt. De l'exentération du bulbe. (*Klin. Mon. f. Aug.*, nov.) — Sattler. Hémorragie profuse après énucléation du globe de l'œil. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 nov.) — Dufour. Les injections sous-conjonctivales en thérapeutique oculaire. (*La Clin. opht.*, nov.) — Valenti. L'airol en ophtalmologie. (*Acad. med. Roma.*, 29 nov.) — Germaix. Sur l'emploi de la cocaïne en chirurgie oculaire. (*Rec. d'opht.*, p. 535.) — E. Franke. Recherches sur l'asepsie et l'antisepsie en chirurgie oculaire. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p. 111.)

Œsophage. — Kronecker et Luescher. Innervation de l'œsophage. (*Arch. ital. de Biol.*, XXVI, p. 308.) — Kelling. Œsophagoscopie et gastroscopie (*Arch. f. Verdauungsk.*, II, 3.) — Gilbert et Grenet. Brûlure de l'œsophage par l'ammoniaque, expulsion de la muqueuse œsophagienne. (*Soc. anat. Paris*, nov.) — Weber. Etude historique et critique de l'œsophagotomie interne. (*Thèse de Leipzig.*) — Villard. Gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, guérison. (*Lyon méd.*, 27 déc.) — Bond. Fibrome de l'entrée de l'œsophage. (*London lar. Soc.*, 9 déc.) — Vitrac. Epithelioma de l'œsophage. (*J. méd. Bordeaux*, 6 déc.) — Newmann. Epithelioma de l'œsophage, ulcère et rupture dans l'aorte, un mois après la gastrostomie. (*Glasgow med. j.*, nov.)

Orbite. — Sureau. Tuberculose osseuse suppurée de la voûte orbitaire, avec

phénomènes d'excitation cérébrale, chez un adolescent, curetage, guérison. (*Soc. franç. d'Opht.*, 13 oct.) — Cant. Kyste de l'orbite. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XVI, p. 171.) — Siccock. Lymphangiome de l'orbite. (*Ibid.*, p. 180.)—Armaignac. Kyste séro-sébacé de l'orbite probablement dermoïde, extirpation. (*Rev. d'opht.*, nov. et *J. méd. Bordeaux*, 8 nov.)

Oreille. — Kaspariantz. Du développement et de la morphologie des éléments de l'organe de Corti. (*Thèse de Moscou.*) — Poli. Développement de la vésicule auriculaire chez les vertébrés. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 644.) — Mégnin. Etat dans lequel sont les oreilles des jeunes animaux qui naissent les yeux fermés. (*Soc. de Biol.*, 21 nov.) — Fomka. Des rapports qui existent entre le nerf facial et l'oreille. (*Soc. roy. méd. Budapest*, 28 mars.) — Luzzati. Le champ auditif dans l'espace, contribution à la physiologie de l'organe de l'ouïe. (*Ann. mal. de l'or.*, déc.) — Beauregard et Dupuy. Sur un courant d'action déterminé dans le nerf acoustique sous l'influence des sons. (*Soc. de Biol.*, 12 déc.) — Ewald. Rapport entre les zones excitables du cerveau et le labyrinthe de l'oreille. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 oct.)—Goldstein. Valeur comparée du sens de l'audition et du sens de la vue. (*Laryngoscope*, I, p. 207.) — Masini et Polimanti. Rapports entre les lésions portées sur l'organe de l'ouïe et l'échange respiratoire. (*Arch. ital. de Biol.*, XXVI, p. 111.) — Bonnier. L'audition stéréacoustique. (*Arch. int. de Lar.*, IX, p. 642.) — Courtade. De l'audition par les cicatrices de trépanation du crâne. (*Ibid.*, IX, p. 625.) — Batelli. Sur la limite inférieure des sons perceptibles. (*Giorn. Accad. Med. Torino.* oct.) — Raugé. La clinique de Politzer. (*Arch. int. de Lar.*, IX, p. 492.)—Dundas Grant. L'examen clinique dans les maladies de l'oreille. (*Laryngoscope*, I, p. 33.) — Alderton. Influence de la surdité sur le développement de l'enfant. (*Ibid.*, I, p. 74.) — Black. Remarques sur l'emploi du diapason pour le diagnostic des maladies de l'oreille. (*Ibid.*, p. 137.) — Zwaardemaker. La paracousie de Willis et les conditions analogues. (*Soc. néerl. de lar.*, 17 mai.) — Mlle Rosenfeld. Des troubles statiques dans les maladies de l'oreille. (*Thèse de Genève.*) — Zwaaerdemaker. Les signaux acoustiques des chemins de fer et l'acuité auditive. (*Arch. of Otol.*, XXV, p. 385.) — Mueller. Forme particulière de surdité mentale. (*Berl. klin. Woch.*, 24 août.) — Dennert. La perception des bruits. (*Arch. f. Ohr.*, XLI, 2.) — Auton. 2 cas de fibro-sarcome du nerf auditif. (*Ibid.*) — Spira. Otite mastoïdienne simulant une névralgie du trijumeau. (*Ibid.*)—Jack. Suppuration aiguë de l'oreille moyenne ; carie de la trompe de Fallope; paralysie faciale ; pas d'envahissement de cellules mastoïdiennes. (*Boston med. Journ.*, 24 déc.) — Cozzolino. Otite moyenne suppurée chronique, endomastoïdite. (*Gaz. d. Osped.*, 27 déc.) — Botey. Mon nouveau traitement des otites moyennes aiguës. (*Arch. latinos de Rinol.*, sept.) — Pierce. La pathologie moderne et le traitement de l'otite moyenne aiguë. (*J. Amer. med. Ass.*, 19 déc.) — Cohen-Kysper. Traitement de la surdité dans le catarrhe chronique, après suppuration de la cavité. (*Zeit f. Ohr.*, XXIX, 4.) — Dench. Traitement de l'otorrhée. (*Amer. med. surg. Bull.*, 14 nov.) — Wodon. Otite moyenne aiguë purulente compliquée de mastoïtide, guérie par le sérum antistreptococcique (*Presse méd. belge*, 1er nov) — Broca. Les complications intra-craniennes des otites. (*Bull. Soc. de Chir.*, XXII, p. 651 et *Ann. mal. de l'or.*, nov.) — Rivière. Les complications cranio-cérébrales des otites, leur traitement, revue générale. (*Arch. int. de Lar.*, IX, p. 677).—Bolt. La percussion de l'apophyse mastoïde. (*Soc. néerl. de Lar.*, 17 mai.) — Furet. Symptômes cérébraux de nature hystérique survenant dans le cours d'une otite suppurée double et simulant des accidents d'origine septique. (*Arch. int. de Lar.*, IX, p. 650.) — Lederman. Nécrose étendue du rocher, suite d'otite moyenne suppurée. (*Laryngoscope*,

I, p. 42.) — Bishop. Otite moyenne aiguë suppurée, mastoïdite aiguë, abcès du cou, opération. (*Ibid.*, I, p. 150.) — Reinhard. Abcès profond du cou, suite d'otite moyenne aiguë. (*Soc. néerl. lar.*, 17 mai.) — Zaufal. Un cas de thrombose septique du sinus, consécutive à une otite et guérie par une opération. (*Prager med. Woch.*, n° 49.) — Eulenstein. Otite suppurée, excision de la jugulaire interne thrombosée. (*Zeit. f. Ohr.*, XXIX, 4.) — Stern. Ouverture de l'apophyse mastoïde, phlébite de la veine jugulaire, symptômes intra-crâniens consécutifs d'origine nerveuse, guérison. (*Rev. hebd. de Lar.*, 12 déc.) — Broca. Trépanation pour abcès du cerveau, d'origine otique. (*Rev. mens. mal. de l'enfance*, déc.) — Grunert. Traitement chirurgical de l'abcès central otogène. (*Berl. klin. Woch.*, 28 déc.) — Dufour. Opération de mastoïdite, hémorragie du sinus latéral, guérison. (*Laryngoscope*, I, p. 357.) — Stirling. Thrombose des sinus pétreux caverneux et circulaire, suite d'otite moyenne suppurée scarlatineuse. (*Canada med. Record*, XXV, 2.) — Brieger. Pyohémie consécutive aux suppurations de l'oreille. (*Arch. of Otol.*, XXV, p. 343.) — Roepke. Pyohémie, suite d'otite aiguë suppurée, opération, guérison. (*Ibid.*, p. 371.) — Th. Gluck. Trépanation cranienne et chirurgie auriculaire. (*Berl. klin. Woch.*, 29 juin.) — Botey. Opération de Stacke. (*Arch. latinos de Rinol.*, sept.) — Botey. 2 cas d'opération de Stacke-Schwartze. (*Ibid*, déc.) — Rousseaux et Hennebert. De l'antrectomie, considérations nouvelles. (*Rev. hebd. de Lar.*, 19 déc.) — Chagnolleau. Du traitement chirurgical des suppurations de l'oreille moyenne et de l'antre mastoïdien. (*Thèse de Bordeaux.*) — Lubet-Barbon. Réflexions à propos de quelques résultats éloignés de l'ouverture large de l'antre et de la caisse. (*Arch. int. de Lar.*, IX, p. 631.) — Bonnier. Sur un cas de tympanospasme. (*Ibid.*, IX, p. 648.) — Colles. Deux cas de rupture de la membrane du tympan par violent déplacement d'air. (*Americ. med. Bull.*, 5 déc.) — Sheppard. Quelques affections de la membrane du tympan. (*Laryngoscope*, I. p. 348.) — Sommel. Anatomie pathologique de l'oreille dans la diphtérie. (*Zeit. f. Ohr.*, XXIX, 4.) — Somers. Herpès du pavillon de l'oreille. (*Amer. med. Bull.*, 31 oct.) — Max. Cas de défectuosités du pavillon de l'oreille. (*Wiener med. Woch.*, 7 nov.) — Roy. Fistules congénitales de l'oreille. (*Laryngoscope*, I, p. 155.) — Pannanick. De la labyrinthite traumatique et des troubles de l'équilibre chez l'homme. (*Thèse de Genève.*) — Hallock. Vertige de Ménière. (*J. of nerv. dis.*, déc.) — Gellé. De l'audition l'étrier soudé. (*Soc. de Biol.*, 5 déc.) — Garnault. Mobilité de l'étrier, résultats de sa mobilisation et valeur des épreuves de l'ouïe chez les sourds. (*Ibid.*, 12 déc.) — Garnault. Traitement chirurgical de la surdité, ablation de l'étrier. (*Méd. mod.*, 30 déc.) — Redner. Guérison spontanée du cholestéatome et des affections cholestéatoïdes du temporal. (*Arch. of Otol.*, XXV, p. 375.) — Guye. Opération radicale pour choletéastome de l'oreille moyenne. (*Soc. néerl. de Lar.*, 17 mai.) — Burger. Idem. (*Ibid.*) — Cozzolino. Etude statistique, anatomopathologique et clinique sur la tuberculose de l'oreille. (*Boll. mal. dell'Orecchio*, XIV, p. 213.) — Hermet. Ulcération phagédénique du pavillon de l'oreille ayant envahi les régions mastoïdiennes et temporale. (*Ann. de Derm.*, VII, p. 1451.) — Ostmann. Traitement des rétrécissements fibreux du conduit auditif externe par l'électrolyse. (*Berl. klin. Woch.*, 24 août.) — Devillas. Les affections syphilitiques de l'organe de l'ouïe. (*Thèse de Paris.*) — Flatau et Gluck. Opération d'un anévrisme cirsoïde du pavillon de l'oreille. (*Berl. klin. Woch.*, p. 588, 29 juin.) — Morselli. La plus ancienne reproduction d'othématome. (*Boll. mal. dell' Orecchio*, XIV, p. 261.) — Braunberger. Des exostoses du conduit auditif. (*Thèse de Strasbourg.*) — Asch. Le sarcome de l'oreille. (*Ibid.*) — Thomas. La thérapeutique des oreilles dans les hôpitaux d'enfants. (*Med. Record*, 5 déc.) — Laaser. Suppositoire pour les oreilles. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 5 déc.)

Oreillon. — Revilliod. Paralysie ourtienne. (*Rev. méd. Suisse rom.*, déc.)

Os. — Maggi. Centres d'ossification et principales variétés morphologiques des interpariétaux chez l'homme. (*Arch. ital. de Biol.*, XXVI, p. 301.) — Ghillini. Difformités osseuses expérimentales. (*Ann. di Ortop.*, 4.) — Regnault Morphologie du fémur dans le rachitisme, les fractures, l'arthrite sèche et l'ataxie. (*Soc. anat. Paris*, 11 déc.). — Rossi. Deux cas de processus sus-condylien interne de fémur humain. (*Lo Sperimentale*, p. 213.) — Pfihl. De l'entorse métatarsienne avec ostéopériostite traumatique. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — Lexer. Ostéomyélite expérimentale. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 529, 8 juin.) — Charézieux. De l'ostéomyélite chez les jeunes enfants. (*Thèse de Bordeaux.*) — Poncet. De l'ostéomyélite larvée. (*Lyon méd.*, 22 nov.) — Pic. Maladie osseuse de Paget. (*Ibid.*) — Bérard. Sur un cas d'ostéomyélite larvée. (*Bull. méd.*, 15 nov.) — Moty. Deux cas d'ostéomyélite. (*Bull. méd. Nord*, 27 nov.) — Crivelli. Péri-arthrite coxo-fémorale (ostéite épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur) simulant la coxalgie. (*Bull. Acad. de méd.*, 10 nov.) — Griffith. Ostéopsathyrose idiopathique dans l'enfance et l'adolescence. (*Trans. Assoc. Amer. phys.*, XI, p. 120.) — Combemale et Descheemaker. Ostéoartropathie hypertrophiante pneumique dans le cours d'une myocardite. (*Bull. méd. Nord*, 23 oct.) — Leriche. Evidement longitudinal ou démédulisation du tibia. (*Lyon méd.*, 8 nov.) — Domergue. De l'ostéoplastie après l'ablation du séquestre dans les ostéomyélites. (*Thèse de Montpellier.*) — Bayer. Greffe ostéoplastique pour deux points d'appui absents de la voûte plantaire. (*Cent. f. Chir.*, 26 déc.) — Tillaux. Fibrosarcome de l'os iliaque. (*Tribune méd.*, 30 déc.) — Hawley. Un cas d'ostéosarcome du fémur; amputation de cuisse selon Wyeth; guérison. (*Amer. med. Bull.*, 26 déc.) — Carrière et Wiehn. Ostéosarcome de l'os coxal. (*J. méd. Bordeaux*, 13 déc.) — Chaze. De l'ostéosarcome de l'os iliaque. (*Thèse de Bordeaux.*) — Angelini. Des sutures osseuses métalliques. (*Gaz. d. Osped.*, 20 déc.) — Ferraez. De l'ostéomalacie (*Thèse de Paris.*) — Bruck. Coexistence d'ostéomalacie et d'exostoses chez l'homme. (*Berl. klin. Woch.*, 25 mai.)

Ovaire. — Waldeyer. La position de l'ovaire. (*Berl. klin. Woch.*, 24 août.) — Goenner. Influence de la castration unilatérale sur la formation du sexe de l'enfant. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIV, p. 254.) — Lissac. Troubles consécutifs à la castration chez la femme et à l'opothérapie ovarienne. (*Gaz. hebd. Paris*, 15 nov.) — Ramage. Absence congénitale des ovaires avec utérus rudimentaire. (*Lancet*, 12 déc.) — De Vos. Abcès de l'ovaire. (*Arch. de Gyn.* sept.) — Broese. Abcès bilatéral de l'ovaire. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXV, p. 455.) — Gessner. Tumeurs papillaires de l'ovaire. (*Ibid.*, XXXIV, p. 341.) — B. Rosinski. Des tumeurs endothéliales de l'ovaire. (*Ibid.*, XXXV, p. 215.) — Weith. Des tumeurs pseudo-incluses de l'ovaire. (*Thèse de Lausanne.*) — Schuelein. Laparotomie pour double tumeur des trompes et des ovaires de dimensions anormales. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 635, 13 juill.) — Goldspohn. Kystes tubo-ovariens. (*Amer. j. of obst.*, nov.) — Chase. Tumeurs mixtes de l'ovaire. (*Ibid.*) — Storer. Un cas de rupture traumatique d'un kyste de l'ovaire. (*Boston med. Journ.*, 19 nov.) — Baker. Kyste ovarien à parois très épaisses. (*Ibid.*) — Handfield Jones. Le taux d'accroissement des tumeurs kystiques de l'ovaire et du ligament large. (*Practitioner*, déc.) — Dujardin. Des kystes de l'ovaire dans l'état puerpéral. (*Thèse de Lille.*) — Wins. Kyste parovarien hyalin rompu dans la cavité péritonéale. (*Nord méd.*, 1er déc.) — Vanverts. 2 cas de kyste dermoïde de l'ovaire. (*Soc. anat. Paris*, 16 oct.) — Herbet. Kyste dermoïde de l'ovaire. (*Ibid.*, 11 déc.) — Bilhaut. 2 observations de kystes de l'ovaire

avec torsion du pédicule. (*J. de méd. Paris*, 22 nov.) — Dumont-Laloir. Volumineuse tumeur kystique proliférante de l'ovaire avec généralisation pariétale épiploïque et péritonéale, laparotomie, survie depuis 5 mois. (*Arch. de gyn.*, sept.) — Villar. Fibromes; kystes de l'ovaire; kystes du ligament large, salpingites suppurées chez la même femme. (*J. med. Bordeaux*, 15 nov.) — Tocheport. Kyste dermoïde des deux ovaires. (*Ibid.*, 22 nov.) — Dor et Bérard. De la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire. (*Gaz. hebd. Paris*, 4 oct.) — Kreutzmann. Traitement rétro-péritonéal du pédicule dans l'ovariotomie et la salpingo-oophorectomie (*Amer. j. of obst.*, déc.) — Tusini. L'ovariotomie et ses suites. (*Clinica mod.*, déc.) — Waskressensky. Sur le massage des ovaires. (*Semaine gyn.*, 13 oct.) — Mackenrodt. De l'ovariopexie. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIV, p. 351.)

P

Palais. — Huysman. Perforation des deux piliers antérieurs du voile du palais. (*Soc. néerl. de lar.*, 17 mai.) — Somers. Un cas de luette bifide avec dégénérescence. (*N.-York med. j.*, 21 nov.) — Labit. Un cas de papillome de la pointe de la luette. (*Gaz. méd. du centre*, déc.) — Law. Hématome du palais. (*London lar. Soc.*, 11 nov.) — Zurakowski. Un cas de cancer primitif de la luette. (*Kron. lek.*, 2.)

Paludisme. — Dominici. Etude de l'hématozoaire de Laveran au Vénézuela. (Broch., *Caracas.*) — Hehir. L'hématozoaire du paludisme dans l'eau et dans le sol. (*Lancet*, 28 nov.) — Craig. L'avancement récent de nos connaissances sur le microorganisme de la malaria. (*Med. Record*, 7 nov.) — Lewkowicz. Du développement et de la division des parasites de la malaria. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 129.) — Laveran. Comment prend-on le paludisme? (*Rev. d'hyg.*, déc.) — Celli et Santori. Temps d'incubation de la fièvre paludique après le traitement par le sérum sanguin des animaux immunisés. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 49.) — Vincent et Burot. Les attitudes dans les pays paludéens de la zone torride. (*Bull. Acad. méd.*, 20 oct. et *Ann. d'hyg. publ.*, déc.) — A. Lozinski. Sur les formes larvées du paludisme. (*Vratch*, 23.) — Lemoine. Note sur le paludisme intertropical. (*Arch. de méd. nav.*, déc.) — Abattucci. Hépatite suppurée et polynévrite d'origine paludéenne. (*Ibid.*)

Pancréas. — Pugnat. Sur la structure histologique du pancréas des oiseaux. (*Soc. de biol.*, 5 déc.) — Brachet. Recherches sur le développement du pancréas et du foie. (*J. de l'anat.*, nov.) — Sendler. Pathologie et chirurgie du pancréas. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 329.) — Shattock. Calculs d'oxalate de chaux dans un kyste du pancréas. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 219.) — Ehrmann. Un cas de sarcome primitif du pancréas. (*J. Amer. med. Ass.*, 12 déc.) — Aigner. Cancer du pancréas. (*Thèse de Munich.*) — White. Le cancer du pancréas. (*Lancet*, 26 déc.) — Sweet. Cancer du pancréas avec diabète. (*Austral. med. Gaz.*, 20 nov.)

Pansement. — Terrier. L'asepsie en chirurgie. (*Rev. scientif.*, 24 oct.) —

Jaboulay et Briau. De l'asepsie nécessaire et suffisante dans la chirurgie d'intervention, de l'antisepsie réservée à la chirurgie de conservation. (*Province méd.*, 28 nov.) — Berger. Qu'est-ce que la méthode aseptique? (*France méd.*, 4 déc.) — Salzwedel. Pansements rares à l'alcool. (*Berl. klin. Woch.*, 16 nov.) — Chaput. Sutures par cautérisation. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 618.) — Blondel. De la désinfection des lignes de suture par l'alcool. (*J. de méd. Paris*, 13 déc.) — Beyer. L'emploi du xéroforme en chirurgie. (*Wiener med. Blätter*, 24 déc.) — Foote. Effets de la gélatine formaline sur la suppuration des plaies. (*Med. News*, 14 nov.) — Rovsing. Emploi du formaldéhyde en chirurgie. (*Hosp. Tidende*, IV, p. 646.) — Blanracek. Emploi préalable de formaline pour traiter le catgut avant de le stériliser par ébullition. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 450, 18 mai.) — Chaput. Catguts stérilisés à l'autoclave dans l'huile. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 671.) — Kossmann. Catgut à la formaline. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXV, p. 152.) — Schaeffer. Appareil pour la stérilisation du catgut. (*Ibid.*, p. 164.) — Broese. Stérilisation du catgut par l'essence de genièvre. (*Ibid.*, XXXV, p. 486.) — Poppert. Suppuration par le catgut. (*Deut. med. Woch.*, 26 nov.)

Paralysie. — Hering. Des troubles de mouvement dans les paralysies centripètes. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVIII, p. 266.) — Ricochon. Paralysie de l'hypoglosse. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 nov.) — Pugliese. De la participation du facial supérieur dans l'hémiplégie. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 14.) — Pick. Diagnostic de la paralysie du sympathique. (*Prager med. Woch.*, n° 48.) — Repond. Cas d'athétose post-hémiplégique. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 265.) — Meirowitz. Maladie de Friedreich; paralysie cérébrale infantile; athétose. (*Amer. med. Bull.*, 5 déc.) — Achard et Fresson. Paraplégie spasmodique familiale. (*Gaz. hebd. Paris*, 24 déc.) — Playoust. Scoliose et paralysie infantile. (*Thèse de Lille.*) — Massol. De la maladie de Little. (*Thèse de Montpellier.*) — Mya et Levi. Etude d'un cas de diplégie spasmodique congénitale, maladie de Little. (*Riv. di patol. nerv.*, I, p. 417.) — Brouardel. Les paralysies arsenicales. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 786.) — Fieux. Paralysie obstétricale du nouveau-né. (*J. méd. Bordeaux*, 29 nov.) — Walton. Etiologie de la paralysie obstétricale. (*Boston med. journ.*, 24 déc.) — Farber. Paralysie des nerfs honteux consécutive à une course en bicyclette. (*Amer. med. Bull.*, 19 déc.) — Walz. La paralysie agitante traumatique. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, oct.) — Gerhardt. Du tremblement dans la paralysie agitante. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IX, p. 305.)

Paralysie générale. — Pratx. Des paralysies partielles dans la paralysie générale. (*Thèse de Toulouse.*) — Dobrotworski. Sur les hématomes dans la paralysie générale (*Obozr. psych.*, mars.)

Parole. — Coen. Les anomalies du langage chez les écoliers. (*Wiener med. Woch.*, 14 nov.) — Makuen. Troubles de la parole, causes et traitement. (*Therap. Gaz.*, 15 déc.)

Parotide. — Gamgee. Angiome caverneux. (*Nottingham and counties branch of brit. Ass.*, 27 nov.) — Mermet. Adéno-épithéliome tubulé kystique de la parotide. (*Soc. anat. Paris*, 13 nov.) — Vallas et Giraud. Epithéliome primitif de la parotide développé dans le prolongement antérieur de la glande et simulant un sarcome périostique du maxillaire; ablation. (*Province méd.*, 7 nov.)

Pathologie. — Mayet. Traité de diagnostic médical et de séméiologie. (In-8°,

448 p., *Paris.*) — SIMON. Manuel de diagnostic clinique par le microscope et la chimie. (*Londres.*)

Paupière. — MAYHEW. La durée du clignotement réflexe. (*J. of experim. med.*, II, p. 35.) — MOTAIS. Du ptosis congénital. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 19.) — WOLFF. L'opération du ptosis. (*Berl. klin. Woch.*, 15 juin.) — PÉCHIN. Sur le traitement opératoire de l'ectropion cicatriciel à propos de deux procédés nouveaux. (*Rev. d'opht.*, nov.) — PALERMO. Etiologie du chalazion. (*Ann. di ottalm.*, XXV, p. 559.) — TRUC et VILLARD. Traitement de l'entropion et du trichiasis granuleux de la paupière supérieure par la tarso-marginoplastie à lambeaux pédiculés. (*Ann. d'ocul.*, nov.) — TERSON. Traitement de l'ectropion sénile. (*Soc. opht. Paris*, 1er déc.) — FAGE. Sarcome de la paupière inférieure. (*Ibid.*) — TAGLIAFERRI. De la tarsoraphie. (*Accad. med. Roma*, 29 nov.) — SMITH. Symblépharon. (*Ann. of opht. and otol.*, V, p. 950.) — SNELL. Cancer alvéolaire de la paupière. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XVI, p. 39.) — MOWAT. Lymphangiectasie des paupières. (*Ibid.*, p. 42.) — JULER. Un cas de macroblépharon. (*Ibid.* p. 43.)

Peau. — BORDIER. De la sensibilité électrique de la peau, recherches sur les conditions physiques de son excitation et de son exploration. (In-8°, 184 p., *Paris.*) — ROBINSON. Les *desiderata* de la dermatologie. (*Med. Record*, 14 nov.) — KHOLODKOWSI. Sur les affections microbiennes de la peau. (*Vratch*, 7 nov.) — UNNA. Les voies normales et pathologiques de la cornification. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 1.) — LALOY. Les cornes cutanées dans l'espèce humaine. (*Int. Mon. f. Anat.*, XIII, 9.) — ROUFFIANDIS. Sur une dermite perlée non décrite à allure clinique d'actinomycose. (*Thèse de Lyon.*) — CARTER. Dermatite toxique causée par le port d'une perruque. (*Lancet*, 12 déc.) — HALLOPEAU et LAFFITE. Dermatites herpétiformes et pemphigus foliacés au point de vue éosinophilique. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1442.) — LIDDELL. Un cas de dermatite herpétiforme. (*Brit. j. of derm.*, août.) — SPIEGEL. Une forme rare de folliclite généralisée. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 617.) — THIBIERGE. Un nouveau cas de folliculites disséminées prédominant aux mains et aux pieds. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 50.) — HALLOPEAU. Tuberculides acnéiformes et nécrotiques. (*Ibid.*, p. 55.) — HALLOPEAU et BUREAU. Sur l'affection dite folliclis. (*Ibid.*, VII, p. 1428.) — DANLOS. Un cas de folliclis. (*Ibid.*, p. 1443.) — UNNA. Etiologie et variétés des kératoses. (*Ibid.*, VII, p. 1205.) — GILETTI. Deux mots sur l'achrokératome et la kératodermie. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 747.) — NEUHANS. Sarcomatose congénitale de la peau. (*Arch. f. Kind.*, XXI, 5 et 6.) — STEINER, KOEBNER, SCHWIMMER. Du sarcome de la peau. (*Berl. klin. Woch.*, 13 juill. et 7 nov.) — CECONI et NALIN. Sur l'absorption du salicylate de méthyle par la peau. (*Riforma med.*, 25 juill.) — ZARUBIN. Le traitement des affections cutanées par les préparations thyroïdiennes. (*Arch. f. Dermat.*, XXXVII, p. 421.) — MUELLER. Les savons médicinaux dans la thérapeutique cutanée. (*Dermat. Zeit.*, déc.) — LOEBLOWITZ. Emploi thérapeutique de l'airol dans la pratique dermatologique. (*Arch. f. Dermat.*, XXXVIII, p. 231.) — MACLEMAN. L'acide picrique dans le traitement de certaines dermatites. (*Brit. med. j.*, 26 déc.) — BULKLEY. Notes sur quelques nouveaux remèdes employés en dermatologie. (*J. Amer. med. Ass.*, 28 nov.) — GAUCHER. Collodion à l'huile de cade. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1306.) — SCHIFF. Nouvel excipient pour agents thérapeutiques des dermatoses (le filmogène). (*Berl. klin. Woch.*, p. 815, 7 sept.) — ROSENTHAL. Applications thérapeutiques de l'eau chaude en dermatologie. (*Ibid.*, 7 sept.) — TOMMASOLI. Lavages de l'organisme par les sérums artificiels dans les dermatoses autotoxiques et toxiques. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 612.)

Pellagre. — Pellizzi. Etiologie de la pellagre. (*Arch. di psichiat.*, XVII, 5 et 6.) — Fritz. Prophylaxie de la pellagre. (*Giorn. Soc. ital. d'igiene*, 7, p. 263.) — Sormani. Statistique et géographie de la pellagre en Italie. (*Ibid.*, 7, p. 241.) — Dalzini. La toxicité du suc gastrique chez les pellagreux aliénés. (*Riv. sper. di freniat.*, XXII, p. 858.)

Pemphigus. — Adickes. Pemphigus aigu des nouveau-nés. (*Zeit. med. Beamte*, 17.) — Kornfeld, Vogel. *Idem.* (*Ibid.*, 19.) — Kunht. Une épidémie de pemphigus des nouveau-nés. (*Ibid.*, 22.) — Gaucher et Gastou. Pemphigus et maladie de Duhring avec troubles nerveux et artropathies. (*Ann. de dermat.*, VII, p. 1287.) — Gastou. Origine myélopathique du pemphigus. (*Ibid.*, p. 1292.)

Péritoine. — Rotmann. Des épanchements d'apparence graisseuse dans les grandes cavités séreuses. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 416.) — Gessner. Péritonite fœtale. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIV, p. 295 et *Berl. klin. Woch.*, 4 mai.) — Goodwin. Péritonite suppurée traitée par la laparotomie. (*Brit. med. j.*, 12 déc.) — Toller et Wallace. Péritonite généralisée par appendicite perforative, opération, guérison. (*Ibid.*) — Barralis. De l'intervention dans la péritonite secondaire. (*Nice méd.*, nov.) — Naumann. De la tuberculose péritonéale. (*Nordiskt med. Arkiv*, VI, n° 24.) — Boari. La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. (*Accad. med. chir. Ferrara*, 15 déc.) — Eliot. Sur un état rétropéritonéal spécial. (*Amer. med. Bull.*, 31 oct.) — Heinrichs. Kyste du mésentère. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIV, p. 321.) — Pilliet et Veau. Sarcome rétropéritonéal. (*Soc. anat. Paris*, 30 oct,)

Peste. — Portengen. L'épidémie de peste à Hong-Kong. (*Arch. de méd. mil. néerl.*, 1896.) — Gedge. La peste bubonique. (*Occidental med. Times*, oct.) — Aoyama. L'épidémie de peste de 1894 à Hong-Kong. (*Mittheil. der med. Fakult. der k. japan. Univ. in Tokio*, III.) — Zettnow. Contribution à l'étude du bacille de la peste bubonique. (*Zeit. f. Hyg.*) — Henry Monod. Sur le sérum antipesteux de Yersin. (*Bull. Acad. de méd.*, 27 oct.)

Pharmacologie. — Prevost. Essais pharmacologiques sur quelques préparations de la pharmacopée helvétique. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, août.) — Vadam. Caractérisation des alcaloïdes par leurs précipités micro-cristallins. (*J. de pharm.*, 1er déc.) — Fraissinet. Poisons d'épreuve, tanguin, strophantus, fève de Calabar. (*Thèse de Bordeaux.*) — Starling. De la dulcine. (*Münch. med. Woch.*, p. 1227, 15 déc.) — Henseval. Recherches sur l'essence du Cossus ligniperda. (*La Cellule*, XII, p. 169.) — Batten. Pharmacologie du veratrum viride. (*J. Amer. med. Ass.*, 5 déc.) — Berthier. Recherches toxicologiques sur l'if et la taxine. (*Thèse de Genève.*) — Coronedi. Quelques recherches sur l'hymenodyctyonine. (*Sperimentale*, p. 218.) — Lo Monaco. Sur l'action vermicide de la santonine et de quelques-uns de ses dérivés. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 216.) — Adrian. Essais pharmacologiques sur le seneçon. (*Bull. gén. de thérap.*, 23 nov.) — Bardet. Action du seneçon. (*Soc. de thér.*, 10 déc.) — Chappell. De la blennostanine. (*N.-York med. j.*, 5 déc.) — Archangelski. Le musc a-t-il de la valeur comme excitant? (*Vratch*, 31 oct.) — Mitchell. Effets de l'anhelonuim Lewinii (mescal button). (*Brit. med. j.*, 5 déc.) — Meltzer. Absorption de la strychnine et de l'acide cyanhydrique par la muqueuse de l'estomac. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 221.) — Stépanoff. Sur la ricine et l'antiricine. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 663.) —

Pilcz. La pellotine. (*Wiener klin. Woch.*, 26 nov.) — Thornton. Action physiologique du solanum carolinense. (*Ther. Gaz.*, 16 nov.) — Havrez. L'état actuel de nos connaissances sur l'exalgine. (*Thèse de Lille.*) — Dotchewski. Pharmacologie de l'extrait fluide de l'apocynium cannabinum. (*Thèse de Tomsk.*) — Silber. Le salubrol, nouvelle poudre antiseptique. (*Deut. med. Woch.*, 24 déc.) — Isaac. Du naphtalone. (*Ibid.*) — Bonnema. Le chinosol, nouvel antiseptique. (*Ther. Mon.*, déc.) — Ottolenghi et Benso. De l'action physiologique de l'airol. (*Gaz. degli Osped.*, n° 80.) — Young. Sur l'emploi du pyoktanin. (*J. Americ. med. Ass.*, 14 nov.) — Sinapius. Du nutrol. (*Reichs med. Anz.*, 18 déc.) — Leys. Sur le dosage du sucre inverti. (*J. de pharm.*, 1er déc.) — Delacour. Dosage de la caféine dans le thé, le café. (*Ibid.*) — Kopp. Sur une préparation de créosote. (*Arch. de méd. mil.*, déc.) — Vignoli. Rapport sur les huiles de lin et de colza, conditions chimiques que devront comporter les nouveaux cahiers des charges. (*Arch. de méd. nav.*, déc.) — Bondzynski. Présences de quelques éthers salicylés dans l'organisme. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVIII, p. 88.) — Marfori. Sur les transformations de quelques acides de la série oxalique dans l'organisme, acides malonique, succinique, glutarique. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 194.) — Battistini. L'absorption du fer administré sous forme de ferratine. (*Giorn. Accad. med. Torino*, déc.) — Coronedi et Marchetti. Recherches pharmacologiques sur l'iode ; chimie physiologique des graisses. (*Ann. di chimica*, XXIV, 10.) — Modica. Action chronique du sélénium. (*Accad. sc. nat. Catania*, 13 déc.) — Coronedi. Analogie chimique et physiologique entre le tartrate antimonieux potassique (émétique d'antimoine) et le tartrate vanadeux potassique (émétique de vanadium). (*Sperimentale*, p. 229.) — Binz. Réduction de l'acide arsénieux par les sucs organiques. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVIII, p. 259.) — Cloetta. La résorption du fer dans l'intestin et ses rapports avec la formation du sang. (*Ibid.*, XXXVIII, p. 161.) — J. Strauss. Action du carbonate de chaux sur les échanges nutritifs et traitement des concrétions rénales d'acide urique. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 493.)

Pharynx. — Saint-Remy. Sur le diverticule pharyngien de Seissel. (*Arch. d'anat. mic.*, I, 1.) — Botey. Un cas de toux nerveuse rythmique et continue de cause pharyngée. (*Arch. latinos de rinol.*, sept.) — Palas. La toux pharyngée chez les enfants. (*Thèse de Paris.*) — Wilcox. La gorge lithémique. (*Laryngoscope*, I, p. 145.) — Price-Brown. Pharyngite des prédicateurs. (*Ibid.*, I, p. 210.) — Somers. Emploi du menthol dans la pharyngite. (*Ibid.*, I, p. 78.) — Kafemann. Une nouvelle méthode d'inhalation. (*Ther. Mon.*, nov.) — Somers. L'emploi du nitrate d'argent dans le pharynx. (*Med. and surg. Rep.*, 21 nov.) — Phocas. Des végétations adénoïdes. (*Nord méd.*, 15 déc.) — Schadle. L'hypertrophie du tissu adénoïde rétro-nasal, l'importance de son diagnostic précoce par le médecin de la famille. (*Laryngoscope*, I, p. 46.) — Sikkel. Moulages du maxillaire supérieur en cas de végétations adénoïdes. (*Soc. néerl. de lar.*, 17 mai.) — Merrick. A quel degré s'atrophie au moment de la puberté l'amygdale pharyngienne hypertrophiée ? (*Med. Record*, p. 834, 5 déc.) — Frankenberger. Végétations adénoïdes chez des sourds-muets, remarques sur l'étiologie de la surdité compliquée de mutisme. (*Mon. f. Ohr.*, oct.) — Lacoarret. De la pratique des irrigations nasales dans l'opération des tumeurs adénoïdes. (*Ann. policl. Toulouse*, oct.) — Courtade. Nouvelle pince à végétations adénoïdes. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 622.) — Laurent. Les abcès rétro-pharyngiens. (*Soc. belge d'otol.*, 8 nov.) — Turner. Abcès rétro-pharyngiens de l'enfance. (*Austral. med. Gaz.*, 21 déc.) — Puttemans. Abcès

rétro-pharyngien chez une enfant de 23 mois. (*Cercle méd. Bruxelles*, 6 nov.) — Courtade. Traitement des abcès péripharyngiens. (*J. des Praticiens*, 15 déc.) — Stillson. Phlegmon aigu infectieux du pharynx, 1 cas. (*Laryngoscope*, I, p. 276.) — Freemann. La diphtérie du naso-pharynx. (*Med. Record*, 31 oct.) — Parker. Ulcération du pharynx. (*London lar. Soc.*, 9 déc.) — Levy. Tuberculose pharyngée. (*Denver med. Times*, juin.) — Ohmann-Dumesnil. Ulcérations syphilitiques du pharynx. (*Laryngoscope*, I, p. 201.) — Chiari. Soudure partielle du voile et du pharynx, opération. (*Wiener klin. Woch.*, 26 nov.) — Lacoarret. Papillomes cornés des premières voies respiratoires et digestives. (*Ann. policl. Toulouse*, nov.)

Photographie. — Bleyer. Le photo-fluoroscope. (*The laryngoscope*, I, p. 9.) — Guilloz. Visibilité des rayons X. (*Soc. méd. Nancy*, 11 nov.) — Lemoine. De l'application des rayons Roentgen à l'étude du squelette des animaux de l'époque actuelle. (*Soc. de biol.*, 28 nov.) — Bouchard. La pleurésie de l'homme étudiée à l'aide des rayons de R. (*Acad. des sc.*, 7 déc.) — Bouchard. Les rayons R. appliqués au diagnostic de la tuberculose pulmonaire. (*Ibid.*, 14 déc.) — Destot et Bérard. Les rayons X appliqués à la découverte des circulations artérielles viscérales. (*Province méd.*, 21 nov.) — Destot et Bérard. Les rayons X appliqués à la découverte des circulations artérielles viscérales. (*Lyon méd.*, 29 nov.) — Destot. Ostéomyélite des phalanges étudiée par les rayons R. (*Ibid.*) — Destot. Photographies radiographiques sur la circulation artérielle fine du rein. (*Ibid.*, 6 déc.) — Albertin. Photographie R. pour reconnaître des lésions du pied. (*Ibid.*, 13 déc.) — Destot. Expériences radiographiques. (*Ibid.*) — Despeignes. Nouvelle observation de cancer traitée par les rayons Roentgen. (*Ibid.*, 20 déc.) — Vedel. Pseudo-ostéo-arthropathie hypertrophiante, application des rayons de Roentgen. (*Presse méd.*, 30 déc.) — Rendu. Présentation de photographies obtenues au moyen des rayons X. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 nov.) — Fernet. Photographies et images radiographiques obtenues chez un malade atteint d'ectopie cardiaque. (*Ibid.*, 18 déc.) — Oudin et Barthélemy. Applications de la méthode Roentgen aux sciences médicales. (*France méd.*, 11 déc.) — Aragon. Application de la radiographie à un corps étranger (sou) de l'œsophage chez un enfant. (*Méd. mod.*, 9 déc.) — Bordas. Les rayons Roentgen et leur application en médecine légale. (*Ann. d'hyg. publ.*, mai.) — H. J. Gosse. La photographie après décès. (*Ibid.*, déc.) — Mélis. Diagnostic d'une fracture oblique du tibia avec intégrité du péroné au moyen des rayons X. (*Arch. méd. belges*, déc.) — Froidbise. Sur un cas de fracture de l'épitrochlée décelée par la radiographie. (*Ibid.*) — Morton et Hammer. Les rayons X ou la photographie de l'invisible, sa valeur en chirurgie. (*Londres.*) — Williams. Sur les rayons X en médecine. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 375.) — Richardson. Valeur pratique des rayons X dans la pratique chirurgicale. (*Med. News*, 19 déc.) — Thomson. L'application des rayons R. dans les maladies du cœur et des vaisseaux. (*Lancet*, 12 déc.) — Raw. Valeur des rayons X en médecine et en chirurgie. (*Ibid.*, 21 nov.) — Johnston et Lolland. 2 cas de pièce de monnaie dans l'œsophage (décelée par les rayons X). (*Brit. med. j.*, 5 déc.) — Raw. Corps étranger de l'œsophage, localisation par les rayons; extirpation, guérison. (*Ibid.*) — Rosenfeld. Les rayons de Roentgen dans la médecine interne. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 5 déc.) — Bock. Les rayons R. employés dans certains cas de cécité. (*Memorabilien*, XL, 7.) — Gutzmann. Photographie de la parole, son emploi pratique. (*Berl. klin. Woch.*, 11 mai.) — Kümmell. Diagnostic des foyers osseux par les rayons X. (*Ibid.*, 8 juin.) — Geissler. Emploi des rayons de Roentgen en chirurgie diagnostique. (*Ibid.*, p. 530.)

— Feilchenfeld. Erythème produit par une heure et demi d'exposition aux rayons Roentgen. (*Ibid.*) — Grunmach. Diagnostic par les rayons Roentgen. (*Ibid.*, 22 juin.) — Reichard. Extraction d'une aiguille d'un doigt à l'aide des rayons de Roentgen. (*Ibid.*, 29 juin.) — Heinrichs. Emploi des rayons de Roentgen pour l'étude des malformations du squelette. (*Ibid.*, 29 juin.) — Cowl. Etat actuel de la question des applications médicales des rayons Roentgen. (*Ibid.*, 27 juill.) — Heller. Application des rayons Roentgen à l'étude de la polynévrite mercurielle expérimentale du lapin et de ses complications articulaires. (*Ibid.*, 10 août.) — Joachimsthal. Application de la lumière Roentgen à l'étude des malformations congénitales des membres. (*Ibid.*, 27 juill.) — Levy-Dorn. Accès d'asthme photographié par les rayons Roentgen. (*Ibid.*, 23 nov.) — Axenfeld. L'œil des arthropodes et des insectes est sensible aux rayons Roentgen. (*Cent. f. Physiol.*, p. 147 et 436.) — Nepveu. Des rayons de Roentgen et de leurs applications médico-chirurgicales. (In-8°, 28 p., *Marseille.*) — Dupraz. Les chances d'erreur dans la recherche des corps étrangers par les rayons Roentgen, à propos d'une plaie, par arme à feu, de la main. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 394.) — Bock. L'emploi des rayons de Roentgen dans une forme de cécité. (*Wiener med. Woch.*, 19 déc.) — Benedikt. Remarques et observations sur les rayons de Roentgen. (*Ibid.*, 19 déc.) — Bloch. L'emploi des rayons de Roentgen dans une forme de cécité. (*Ibid.*, 26 déc.) — Hagler et A. Wengen. Emploi diagnostique des rayons de Roentgen (aiguille dans la main). (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, p. 274, 1er mai.) — Forster. Importance de la radiographie pour le diagnostic chirurgical. (*Ibid.*, 1er juill.) — Battelli. Sur la température des tissus de l'organisme relativement aux rayons de Roentgen. (*Monit. zool. ital.*, VII, p. 61.)

Physiologie. — Richet. Bibliographia physiologica : répertoire des travaux de physiologie de 1895, classé d'après la classification décimale. (In-8°, 115 p., *Paris.*)

Pied. — Ruotte. Remarques sur le ligament péronéo-astragalien antérieur. (*Arch. prov. de chir.*, IV, p. 40.) — Heldenbergh. De la talalgie, pathogénie et traitement. (*Belgique méd.*, 17 déc.) — Duplay. De l'hallux valgus. (*Semaine méd.*, 25 nov.) — Davies-Colley. De l'orteil en marteau, du pied creux. (*Guy's hosp. Rep.*, LII, p. 1.) — Gilles de la Tourette. Pathogénie et traitement des pieds bots. (*Semaine méd.*, 30 déc.) — Courtillier. Du pied bot congénital. (*Soc. de biol.*, 5 déc.) — Monod et Vanverts. Autopsie d'un double pied bot varus équin d'un fœtus de 8 mois. (*Gaz. hebd. Paris*, 18 oct.) — Rochard. Pied bot varus équin congénital chez l'adulte, traité par l'extirpation de l'astragale, du scaphoïde, du cuboïde et des deux tiers antérieurs du calcanéum. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 616.) — Kirmisson. Double pied bot varus congénital guéri par l'incision de Phelps et la large arthrotomie médio-tarsienne. (*Ibid.*, XXII, p. 686.) — Roll. Traitement du pied bot congénital. (*Norsk Mag.*, nov.) — Forgue. Thérapeutique chirurgicale des pieds bots. (*N. Montpellier méd.*, n° 69, 1er nov.) — Gémy et Vincent. Sur un nouveau cas de pied de Madura. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1253.)

Pigment. — Fischel. Du développement du pigment. (*Anat. Anz.*, XII, p. 526.) — Lubarsch. La question de la formation du pigment. (*Anat. Anz.*, XIII, p, 88.) — Flemming. Influence de la lumière sur la pigmentation de la larve de salamandre. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 369.) — Carnot. Sur les injections de pigments. (*Soc. de biol.*, 5 déc.)

Pityriasis. — Du Castel. Pityriasis rubra pilaire. (*Ann. de derm.*, VII,

p. 1080.) — Jordan. Du pityriasis rubra pilaire. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 206.) — Tandler. Du pityriasis rosé. (*Arch. f. Derm.*, XXXVII, p. 127.) — Beatty. Pityriasis rubra, 4 cas. (*Royal Acad. med. Ireland*, 20 nov.)

Placenta. — Eden. Le placenta humain, physiologie et pathologie. (*J. of. path. and bact.*, IV, p. 265.) — V. Herff. Etude du placenta et de la caduque utérine. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXV, p. 268.) — Hofmeier. Anatomie et développement du placenta. (*Ibid.*, XXXV, p. 414.) — Hahn. Un stade du développement du placenta. (*Ibid.*, XXXIV, p. 519.) — Ahlfeld. Le décollement physiologique du placenta (*Ibid.*, XXXIII, p. 419.) — Gottschalk. Un placenta jumeau. (*Ibid.*, XXXIV, p. 289.) — Freund. Des tumeurs bénignes des villosités choriales. (*Ibid.*, XXXIV, p. 161.) — V. Franqué. Tumeur bénigne du chorion, anatomie de la mole. (*Ibid.*, p. 199.) — Wendeler. Le placenta après la vaginofixation. (*Ibid.*, XXXIV, p. 336.) — Pazzi. Classification des anomalies placentaires. (*Bull. sc. méd.*, déc.) — Schatz. Des modifications vasculaires de la circulation placentaire chez les jumeaux. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 144.) — Hepworth. Dégénérescence hydatidiforme du placenta. (*Brit. med. j.*, 26 déc.) — Orlow. Sur les tumeurs solides du placenta. (*Vratch*, 12 déc.) — Gibiat. De l'insertion vicieuse du placenta sans hémorragies. (*Thèse de Bordeaux.*) — Platzer. 46 cas de placenta prœvia. (*Orvosi hetilap.*, 48.) — Lop. Placenta prœvia et rupture du sinus circulaire. (*N. Montpellier méd.*, 19 déc.) — Juge. Valeur comparée des principales méthodes de traitement de l'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta. (*Thèse de Paris.*) — Chaleix-Vivie. De la conduite à tenir dans la rétention placentaire post-abortive. (*Gaz. hebd. Paris*, 27 déc.) — Gottschalk. De la rétention du placenta avec rétraction prématurée de l'orifice interne du col, dans les accouchements à terme, grâce à la petitesse anormale du placenta. (*Berl. klin. Woch.*, p. 459, 25 mai.)

Plaie. — Nassauer. Contribution aux blessures par empalement. (*Münch. med. Woch.*, p. 1230, 15 déc.) — Classen. La nouvelle forme de traitement antiseptique des plaies de Schleich. (*Ibid.*, p. 1257, 22 déc.) — Ottinger. Sur le traitement des piqûres d'insectes. (*Ibid.*, 8 déc.) — Ziegler. Recherches sur la guérison des plaies par les caustiques. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 août.) — Brunner. De l'infection des plaies par armes à feu par les débris de vêtements. (*Ibid.*, 1er mars.)

Plèvre. — Vojnitch-Sianojentski. Anatomie normale des bords antérieurs de la plèvre chez l'homme. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Leathes et Starling. Recherches sur la production de l'épanchement pleurétique. (*J. of pathol.*, IV, p. 175.) — Voiry. Analyse d'un liquide pleurétique. (*J. de méd. Paris*, 13 déc.) — Bellocq. Etude des liquides pleuraux. (*J. de pharm.*, 15 déc.) — Davies. Du frottement médiastinal. (*Brit. med. j.*, 28 nov.) — Crucker. De la pleurésie double lente séro-fibrineuse. (*Thèse de Montpellier.*) — Fuchs. Pleurésie pulsatile. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 255.) — Sepet. Des pleurésies fétides. (*Marseille méd.*, 1er déc.) — Herbert. Pathogénie des pleurésies traumatiques non purulentes. (*Thèse de Paris.*) — Trumpp. Bacille diphtérique ou pseudo-diphtérique dans le pus de l'empyème. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 721.) — Lewaschew. Sur le traitement des pleurésies par la substitution méthodique de l'épanchement par des liquides indifférents. (*Vratch*, 14 nov.) — Aron. Traitement éloigné de la pleurésie. (*Ther. Mon.*, p. 473, sept.) — Platenew. Nouvel appareil aspirateur pour la thoracentèse. (*Presse méd.*, 26 déc.) — Grosclaude. De l'opération

d'Estlander-Létiévant, l'hémorragie au cours de cette opération. (*Thèse de Paris.*) — TERRIER. Chirurgie de la plèvre pulmonaire. (*Progrès méd.*, 24 oct.)

Poil. — STEINDLER. Alopécie totale nerveuse. (*Wiener med. Woch.*, 26 nov.) — BRUHNS. Etiologie de la tricorrexis nodosa. (*Arch. f. Derm.*, XXXVIII, p. 43.) — STADLER. Contribution à l'étiologie et au traitement de la trichorrhexie noueuse. (*Münch. med. Woch.*, p. 1185, 1er déc.) — STELZNER. Tumeur pileuse noire de la grosseur d'un œuf d'oie extraite de l'estomac d'une fille ayant des cheveux blond clair. (*Berl. klin. Woch.*, p. 550, 15 juin.)

Poumon. — TUFFIER et HALLION. Sur les effets circulatoires de la respiration artificielle par insufflation et de l'insufflation maintenue du poumon. (*Soc. de biol.*, 12 déc.) — GRIMBERT. Sur le pneumo-bacille de Friedlaender. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 708.) — FOLSOM. Prédominance et mortalité de la pneumonie. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 178.) — SMITH. Pronostic de la pneumonie. (*Ibid.*, p. 262.) — CORNIL. De la pneumonie interstitielle expérimentale. (*Soc. anat. Paris*, 18 déc.) — GUILLEMOT et HERBET. Sclérose broncho-pulmonaire avec dilatation bronchique ayant simulé un kyste hydatique. (*Ibid.*) — BANTI. Développement de l'ictère dans la pneumonie. (*Cent. f. Backt.*, XX, p. 849.) — V. WEISMAYR. De la marche de la pneumonie croupale. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 291.) — LABBÉ. Pneumonie, péricardite purulente, hépatite diffuse, mort. (*Soc. anat. Paris*, 11 déc.) — HEIDNER. Pneumonie lobaire aiguë ; étiologie ; prophylaxie. (*Americ. med. Bull.*, 26 déc.) — CARY. Péricardite secondaire à une pneumonie. (*Ibid.*, 31 oct.) — VOISIN. Pneumonie double, hypothermie, adynamie, muguet. Traitement par des bains frais. Amélioration en 3 jours ; guérison. (*France méd.*, 20 nov.) — L. GUINON et BUREAU. 2 cas d'abcès sous-cutanés à pneumocoques développés au cours de pleuro-pneumonie grave. (*Soc. méd. des hôp.*, 21 fév.) — BENNETT. Pleuro-pneumonie problablement goutteuse, survenue après une opération chez un sujet robuste. (*Practitioner*, déc.) — CLAISSE et JOSUÉ. Etat du sang dans les pneumokonioses. (*Soc. de biol.*, 5 déc.) — ABELLI. Développement et guérison d'une pneumonie au sommet du Mont-Rose, 4,650 mètres. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 1.) — KUTTY. Action de l'air raréfié sur la virulence du diplocoque de la pneumonie. (*Ibid.*, p. 11.) — LEGROS. Trois foyers apoplectiques pulmonaires ouverts dans la cavité pleurale. (*J. méd. Bordeaux*, 13 déc.) — MAYS. Les compresses froides dans la pneumonie aiguë. (*Med. and surg. Rep.*, 19 déc.) — PANE. La sérothérapie dans l'infection pneumonique expérimentale. (*Riv. clin. e terap.*, nov.) — BRUNET. Le suc pulmonaire. (*Bull. méd.*, 27 déc.) — DIX. Abcès du poumon, emphysème sous-cutané. (*Brit. med. j.*, 12 déc.) — PHILLIPS et NASH. Gangrène du poumon, incision, drainage, guérison. (*Lancet*, 21 nov.) — VIRCHOW, G. KLEMPERER. Cas d'anthracose pulmonaire avec tubercules. (*Berl. klin. Woch.*, p. 659 et 660, 20 juill.) — VIRCHOW. Phtisie calculeuse. (*Ibid.*, p. 660.) — JOSUÉ. Corps amylacés du poumon. (*Soc. anat. Paris*, 4 déc.) — DJEMIL-PACHA. Pyopneumothorax ancien, suite d'une plaie pénétrante de la poitrine, opéré par le procédé de Delorme. (*Arch. prov. de chir.*, IV, p. 36.) — PETTAVEL. 2 cas rares de pneumothorax. (*Thèse de Lausanne.*) — CHAUFFARD. Du pneumothorax simple et de son diagnostic par la tuberculine. (*Semaine méd.*, 16 sept.) — TOCHEPORT. Plaie du poumon. (*J. méd. Bordeaux*, 8 nov.) — BRUNSCHWIG. Du traitement expérimental des plaies pulmonaires. (*Thèse de Montpellier.*) — LAURENT. La chirurgie pleuro-pulmonaire. (*La clin. belge*, 24 déc.) — TERRIER. La pneumotomie. (*Progrès méd.*, 28 nov.) — TERRIER. Chirurgie du

poumon, pneumectomie. (*Ibid.*, 12 déc.) — Tuffier et Hallion. Opérations intra-thoraciques avec respiration artificielle par insufflation. (*Soc. de biol.*, 21 nov.)

Prostate. — Motz. De l'hypertrophie de la prostate. (*Thèse de Paris.*) — Motz. Anatomie pathologique de l'hypertrophie prostatique. (*Soc. de biol.*, 5 déc.) — Harrison. Les calculs vésicaux et les lésions prostatiques. (*Brit. med. j.*, 12 déc.) — Banzet. Hygiène des prostatiques. (*J. des Praticiens*, 12 déc.) — Guépin. De deux modes d'action de la sonde à demeure sur la prostate sénile. (*Ibid.*, 21 nov.) — Thiéry. 2 cas de guérison d'hypertrophie de la prostate après ponction de la vessie. (*Bull. méd. Nord*, 28 nov.) — Alexander. Le traitement radical de l'hypertrophie de la prostate par la prostatectomie. (*Med. Record*, 12 déc.) — Zaleski. Traitement radical de l'hypertrophie de la prostate. (*Kron. lek.*, p. 451.) — Ekehorn. Statistiques de castration dans l'hypertrophie de la prostate. (*Hygiea*, II, p. 125.) — Socin. Valeur de la castration dans l'hypertrophie de la prostate. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er sept.) — Kohl. Résection du canal déférent dans l'hypertrophie de la prostate. (*Ibid.*, 1er oct.) — Ringier. Résection du canal déférent dans l'hypertrophie de la prostate. (*Ibid.*, 15 nov.) — Bazy, Escat et Chailloux. De la castration dans l'hypertrophie de la prostate. (*Arch. des sc. méd.*, sept.) — Gabrielsen. De la castration dans l'hypertrophie de la prostate. (*Norsk Mag.*, oct.) — De Dréziné. De la résection des canaux déférents et de la ligature du cordon comme traitement de l'hypertrophie prostatique. (*Thèse de Lyon.*) — Negretto. Cure radicale de l'ischurie, suite d'hypertrophie prostatique par cautérisation rectale de la prostate. (*Gaz. d. Osped.*, 27 déc.) — Bottini. De la diurèse galvanocaustique dans le traitement de l'ischurie par hypertrophie de la prostate. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 98.) — Dupraz. Le sarcome de la prostate. (*Rev. mal. cancér.*, II, p. 72.) — L. Braun. Présence de cellules médullaires éosinophiles dans le sang dans un cas de cancer ostéoplastique de la prostate. (*Berl. klin. Woch.*, p. 451, 18 mai.)

Protozoaires. — Jona. Des moyens de défense de l'organisme contre les blastomycètes. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 147.) — Sanfelice. Action pathogène des blastomycètes. (*Ann. d'igiene sperim.*, VI, p. 205.) — Abel. Coloration de coccidium oviforme. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 904.)

Psoriasis. — Gaucher et Hermary. Psoriasis palmaire atipyque kératosique. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 69.) — Rebreyend et Lombard. Psoriasis et zona. (*Progrès méd.*, 5 déc.) — Ceva. Traitement thyroïdien du psoriasis. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 618.) — Purdon. Le traitement thyroïdien du psoriasis. (*Dublin Journ.*, nov.) — Bertarelli. Traitement du psoriasis par les injections de calomel. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1320.)

Psychologie. — Guillon. Essai sur les hypermnésies, étude de psychologie morbide. (*Thèse de Bordeaux.*) — Drew. Sur des désordres de la mémoire. (*Med. Record*, 7 nov.) — Toulouse. Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie, Emile Zola. (In-8°, 285 p., *Paris.*)

Psychose. — Cramer. Sur les psychoses d'origine toxique. (*Mon. f. Psych.*, I, 1.) — A. Marie et Valson. Des psychoses religieuses à évolution progressive et à systématisation dite primitive. (*Arch. de neurol.*, déc.) — Féray. Séméiologie des hallucinations de la vue dans les psychoses. (*Thèse de Bordeaux.*) — Régnier. De l'éreuthophobie ou obsession de la rougeur

émotive. (*Ibid.*) — Traugott. Obs. d'hallucinations limitées à la vue. (*Berl. klin. Woch.*, 13 juill.) — Laehr. Psychose traumatique (délire de persécution consécutif à une contusion des lombes). (*Ibid.*, 20 juill.) — Von Wagner. Des psychoses par auto-intoxication intestinale. (*Ibid.*, 18 mai.) — Adler. Troubles psychiques dans les maladies infectieuses aiguës. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LIII, 5.)

Puerpéral (État). — Koblauck. De l'infection puerpérale. (*Zeits. f. Geburts.*, XXXIV, p. 261.) — Thoizon. Sur un point du traitement de l'infection puerpérale. (*Thèse de Paris.*) — Chaleix. Sur un cas d'infection puerpérale généralisée et traitée par la sérothérapie. (*Gaz. hebd. Paris*, 13 déc.) — Flandrin. Infection puerpérale et sérum de Marmorek. (*Dauphiné méd.*, nov.) — Adam. Fièvre puerpérale traitée par le sérum streptococcique, suivie de fièvre typhoïde. (*Brit. med. j.*, 26 déc.) — Sheen. Septicémie, sérum streptococcique ; mort. (*Ibid.*, 19 déc.) — Reddy. Infection puerpérale streptococcique ; injection de sérum de Marmorek ; guérison. (*Amer. med. Bull.*, 24 oct.)

Purpura. — Russell. Purpura hémorragique rapidement mortel. (*Brit. med. j.*, 26 déc.) — Jolly. Purpura hémorragique chez un nouveau-né syphilitique. Hémorragies gastro-intestinales. Autopsie. Ulcération de l'intestin grêle. (*Rev. mal. de l'enf.*, nov.) — Ch. Levi. Purpura à pneumocoques et streptocoques consécutif à une suppuration subaiguë broncho-pulmonaire de même nature avec dilatation bronchique. (*Soc. anat. Paris*, 27 oct.) — Ruge. Purpura exanthématica. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 721, 10 août.)

R

Rachis. — Judson. Etude clinique de la scoliose. (*Zeit. f. orthop. Chir.*, IV, 4.) — Kiliani. La bicyclette dans le traitement de la scoliose. (*Med. Record*, 31 oct.) — Schmidt. De la scoliose sciatique. (*Deut. med. Woch.*, 24 déc.) — Bull. La ponction lombaire. (*Norsk. Mag. f. Lägend.*, p. 498.) — Nauwelaers. Ponction spinale. (*La Clin. Bruxelles*, 19 nov.) — Chipault. L'ostéomyélite vertébrale. (*Gaz. des hôp.*, 12 déc.) — Punton. Mal de Pott, traitement chirurgical. (*J. of. nerv. dis.*, déc.) — Bastianelli. La laminectomie dans le mal de Pott en Angleterre. (*Settim. med.*, 10 oct.) — Calot. Sur les moyens de corriger la bosse du mal de Pott, d'après 37 opérations, et sur les moyens de la prévenir. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 65.) — Chipault. Du traitement des gibbosités pottiques. (*Méd. mod.*, 30 déc.) — Auffret. Intervention dans les lésions du rachis. (*Arch. de méd. nav.*, déc.)

Rachitisme. — James. Rachitisme apparaissant à l'âge de 17 ans. (*Scottish med. j.*, I, p. 22.) — Regnault. Pression du crâne dans l'hydrocéphalie et le rachitisme. (*Soc. anat. Paris*, 30 oct.) — Regnault. De la présence fréquente d'un troisième trochanter sur les fémurs rachitiques. (*Ibid.*, 11 déc.) — Bell. Difformité rachitique du thorax chez des jumeaux. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 nov.) — Rosenwasser. Un cas de paralysie rachitique. (*Med.*

Record, 28 nov.) — Heubner. Emploi du corps thyroïde contre le rachitisme. (*Berl. klin. Woch.*, 3 août.)

Rage. — Vaughan. La rage dans l'Inde. (*Indian med. Gaz.*, 8, p. 273.) — Kraiouchkine. Les vaccinations antirabiques à Saint-Pétersbourg. (*Arch. sc. biol., Saint-Pétersbourg*, IV, p. 477.) — Marx. Critique du travail de Memmo et Bruschettini sur la rage. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 803.) — Bruschettini. Réponse à l'article de Marx sur l'étiologie de la rage. (*Ibid.*, XXI, p. 203.) — Marx. Critique. (*Ibid.*, p. 205.)

Rate. — Laudenbach. Sur la fonction hématopoiétique de la rate. (*Arch. de phys.*, IX, p. 200.) — Albrecht. Un cas de rates accessoires très nombreuses, disséminées dans tout le péritoine. (*Ziegler's Beit. z. path. Anat.*, XX, p. 513.) — Baumler. Percussion de la rate. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 nov.) — Ziemssen. Sur les moyens d'apprécier les dimensions de la rate. (*Münch. med. Woch.*, 24 nov.) — Taylor. Anémie splénique ou splénomégalie primitive. (*Guy's hosp. Rep.*, LII, p. 173.) — Cavazzani. Sur un cas de splénomégalie avec cirrhose hépatique (maladie de Banti). (*Riforma med.*, 18 nov.) — Ferrier. De la rate paludéenne. (*Arch. de méd. expér.*, IX, p. 87.) — Henggeler. 3 cas de rupture de la rate chez des paludéens. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 déc.) — Carrière. Atrophie splénique. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 déc.) — Freudenberg. Rate mobile chez une femme ayant eu douze accouchements, volume de la rate au-dessous de la normale. (*Berl. klin. Woch.*, 20 juill.) — Martin. Extirpation d'une rate leucémique. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXV, p. 140.) — Pernet. Notes historiques sur la splénectomie. (*Brit. med. j.*, 28 nov.) — Ghetti. Splénectomie pour kyste séro-sanguin. (*Gaz. d. Osped.*, 4 oct.)

Rectum. — Blanc. Des abcès du creux ischio-rectal. (*Thèse de Montpellier.*) — Bodenhamer. Formation, structure et pathologie des fistules rectales et anales, leur tendance à l'oblitération spontanée. (*N.-York med. j.*, 5 déc.) — Neumann. Opération d'un diverticule du rectum. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 août.) — Nélaton. Sur le prolapsus du rectum. (*Bull. soc. de Chir.*, XXII, p. 684.) — Prochownik. Sur un polype tuberculeux du rectum. (*Münch. med. Woch.*, 8 déc.) — Reclus. Traitement des rétrécissements non cancéreux du rectum par la dilatation progressive. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 626.) — Walcott. Péritonite purulente avec rétrécissement du rectum. (*Med. and surg. reporter*, 19 déc.) — Quénu et Landel. Evolution pathologique du mucus dans un cancer du rectum. (*Soc. de biol.*, 12 déc.) — Byford. Extirpation du rectum, parois du vagin utilisées pour remplacer le tissu rectal. (*Ann. of surg.*, nov.) — Bœckel. Procédé sacro-iliaque pour l'extirpation totale du rectum et de l'S iliaque dans les tumeurs cancéreuses. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 646.) — Quénu. De l'extirpation sacro-abdominale du rectum cancéreux en deux temps. (*Ibid.*, p. 677.)

Rein. — Schmerber. Les artères de la capsule graisseuse du rein. (*Int. Mon. f. Anat.*, XIII, 8.) — Destot et Bérard. La circulation artérielle du rein étudiée d'après des radiographies. (*Soc. de biol.*, 21 nov.) — Bianchi. Mouvements et déplacements des reins pendant la période de digestion et en correspondance avec les mouvements de l'estomac. (*France méd.*, 16 oct.) — Hennecart. Anomalie des calices, du bassinet et des vaisseaux sanguins d'un rein. (*Soc. anat. Paris*, 25 sept.) — Meslay et Veau. Double uretère prostatique, abouchement borgne. (*Ibid.*, 23 oct.) — Newman. Maladies du rein de diagnostic difficile. (*Scottish med. j.*, I, p. 45.) — Droese. Les causes de la néphrite. (*Thèse de Gœttingue.*) — Hoehne. Dégénérescence

kystique du rein. (*Deut. med. Woch.*, 19 nov.) — Bonnus. Mal de Bright, hémorragies cérébrales à répétition, mort par hémorragie du quatrième ventricule. (*Soc. anat. Paris*, 4 déc.) — Potain. Sur un cas de granulie à prédominance rénale. (*Semaine méd.*, 23 déc.) — Tonnel. Du rein sénile, de la pyélonéphrite des vieillards. (*Bull. méd. Nord*, 25 déc.) — Macaigne. Etude sur la néphrite colibacillaire d'origine sanguine. (*Arch. de méd.*, déc.) — Overton. Traitement général de de la néphrite chronique. (*Amer. med. Bull.*, 5 déc.)—Modinos. L'antipyrine dans le traitement des néphrites. (*Gaz. d. Osped.*, 20 déc.) — Walker. La chirurgie du rein. (*J. Amer. med. Ass.*, 5 déc.) — Rosenthal. Etiologie du rein flottant. (*Therap. Mon.*, déc.) — Sottas. Rein flottant. (*Méd. mod.*, 12 déc.) — Richardson. Plaie perforante du rein par arme à feu. (*Ann. of surg.*, déc.)—Koerte. Néphrectomie pour calculs. (*Berl. klin. Woch.*, 7 sept.) — Brook. 2 cas de néphrolithotomie. (*Brit. med. j.*, 19 déc.) — Federici. Pyopyélonéphrite droite calculeuse, néphrotomie. (*Riforma med.*, 8 déc.) — Legueu. Hydronéphrose par rétrécissement de l'uretère. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, déc.)—Dayot (fils). Hydronéphrose congénitale ayant simulé une grossesse, néphrectomie transpéritonéale, guérison. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 749.) — Heinrichs. Opération guérie d'une hydronéphrose de 17 litres. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 470, 25 mai.) — Lendon. 5 néphrectomies pour pyo-néphrose. (*Australas. med. Gaz.*, 21 déc.) — Heinrichs. Hydronéphrose. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIV, p. 317.) — Foa. Sur la maladie kystique congénitale du rein. (*Giorn. Accad. Medic. Torino*, oct.) — Mauny. Hydronéphrose à marche suraiguë, laparotomie, néphrectomie, guérison. (*Gaz. des hôp.*, 21 nov.) — Hirschloff. Présence du bacille aérogène du lait dans un cas de pyonéphrose. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 août.) — Steiner. Rupture d'un abcès du rein. (*Ibid.*, 24 août.) — Helynack. Adénome kystique papillaire malin du rein. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 236.) — Steiner. Néphrectomie pour un sarcome du rein gauche chez une femme de 49 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 juin.) — Ramm. Sarcome rénal, néphrectomie, guérison. (*Norsk Magazine*, oct.) — Kalischer. Le cathétérisme des uretères chez la femme. (*Wiener klin. Woch.*, 1er déc.) — Israel. Opérations contre l'obstruction calculeuse d'un uretère. (*Berl. klin. Woch.*, 21 sept.) — Fenger. Opération pour rétrécissement annulaire de l'uretère. (*Amer. j. of med. sc.*, déc.) — Pettit. La glande surrénale. (*Presse méd.*, 16 déc.) — Vincent. Morphologie et physiologie des capsules surrénales chez les poissons. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 39.) — Langlois. Action différente de l'extrait de capsule surrénale sur la pression sanguine suivant l'état d'altération morbide de ces organes. (*Soc. de biol.*, 21 nov.) — Langlois. Sur l'altération fonctionnelle des capsules surrénales. (*Arch. de phys.*, IX, p. 152.)

Résection. — Bird. Résection de la clavicule. (*Australas. med. Gaz.*, nov.) — Andreau. Des résultats éloignés de la résection du coude, statistique de Championnière. (*Thèse de Paris.*)

Respiration. — Scherer. La respiration chez les nouveau-nés et les nourrissons. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIII, p. 471.) — Marcet. Différentes formes de respiration humaine. (*Rev. médic. Suisse romande*, nov.) — Arnstein. Les terminaisons des nerfs et les ganglions des organes respiratoires. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 12.) — Tuffier et Hallion. Sur la régulation de la pression intra-bronchique et de la narcose dans la respiration artificielle par insufflation. (*Soc. de biol.*, 19 déc.) — Binz. Action de l'atropine à fortes doses sur la respiration. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 oct.) — Gad. De la respiration thoracique. (*Prager med. Woch.*, 44.) — Caminade. Du développement

thoracique par la gymnastique respiratoire. (*Thèse de Bordeaux.*) — Kaiser. Absence congénitale du muscle pectoral, rôle des muscles intercostaux dans la respiration. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 174.) — Pawinski. Sur la polypnée paroxystique. (*Med. Obozren.*, 11.) — Bloch. Le pneumoscope. (*Arch. de phys.*, IX, p. 112.) — Brosch. La meilleure méthode de respiration artificielle. (*Wiener klin. Woch.*, 10 déc.)

Rétine. — Van Gibson. Un nouvel élément morphologique dans les cones de la rétine, le corps « kuttarasome ». (*N.-York pathol. Soc.*, 14 oct.) — Kalius. Sur le travail de Ramon y Cajal sur la structure de la rétine. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 151.) — Hosch. Les couches cellulaires de la rétine. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 juill.) — Guillery. Physiologie du centre rétinien. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVI, p. 401.)—Snellen. Sur la perception visuelle et rétinienne. (*Trans. oph. Soc. Unit. Kingdom*, XVI, p. 1.) — Sherrington. De l'action réciproque dans la rétine, étudiée au moyen des disques rotatifs. (*Journ. of phys.*, XXI, p. 33.) — Millikin. 3 cas de décollement de la rétine dans la même famille. (*Ann. of opht. and otol.*, V, p. 955.) — Wray, Snell, Eve, Collins. Traitement du décollement de la rétine. (*Trans. opht. Soc. Unit. Kingdom*, XVI, p. 63.) — Lawford, Laws. Rétinite circinée. (*Ibid.*, p. 87.) — Siegfried. Les lésions traumatiques de la macula et de la rétine. (*Thèse de Zurich.*) — Patterson. Hémorragie rétinienne par lithémie. (*Ann. of opht. and otol.*, V, p. 965.) — De Schweinitz. Rétinite albuminurique unilatérale. (*Med. News*, 19 déc.) — Sutton. Rétinite albuminurique. (*Guy's hosp. Rep.*, LII, p. 147.) — Siegfried. Les affections traumatiques de la tache jaune. (*Beit. z. Aug.*, fév.) — Monesi. Des lésions congénitales de la rétine. (*Ann. di ottalm.*, XXV, p. 603.) — Wadsworth. Embolie de l'artère centrale de la rétine ; irrigation de la macula par une artère cilio-rétinienne ; conservation de la vision centrale. (*Boston med. Journ.*, 28 déc.) — Laqueur. Embolie de l'artère centrale de la rétine avec intégrité de la région rétinienne temporale. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 525.) — Collins. 4 cas de gliome bilatéral de la rétine. (*Trans. opht. Soc. Unit. Kingdom*, XVI, p. 142.) — Rochon-Duvigneaud. Gliome de la rétine, son pronostic et son traitement. (*J. des Praticiens*, 15 déc.)

Rhumatisme. — Hanot. Sur les formes anormales du rhumatisme articulaire aigu. (*Presse méd.*, 2 déc.) — Lichtfield. Sur un signe physique de la diathèse rhumatismale. (*Australas. med. Gaz.*, nov.) — Backer. D'une épidémie de rhumatisme musculaire. (*Norsk Magazine*, déc.) — Pieraccini. Du rhumatisme mono-articulaire à début suraigu et à symptomatologie locale grave. (*Settim. med.*, 29 août.) — Bajardi. A propos de l'origine infectieuse du rhumatisme. (*Ibid.*, 26 sept.) — Weck. Attaque du rhumatisme articulaire aigu débutant par le rachis cervical. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 432.) — Bannatyne. L'anémie de l'arthrite rhumatoïde. (*Lancet*, 28 nov.) — Hewelke. Infusion d'actea racemosa dans le rhumatisme aigu. (*Kron. lek.*, p. 803.) — Halipré. Traitement du rhumatisme par les applications locales d'essence de Wintergreen. (*Normandie méd.*, 15 oct.)

Rougeole. — Atkins. Rougeole compliquée de pneumonie, suivie de scarlatine et de diphtérie. (*Lancet*, 28 nov.) — Rouger. La rougeole ecchymotique. (*Thèse de Paris.*) — Galliard. L'emphysème sous-cutané familial au cours de la rougeole. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 nov.) — Moeller. Statistique des épidémies de rougeole. (*Arch. f. Kind.*, XXI, 4.) — Fiddicke. Pseudo-tuberculose pulmonaire dans la rougeole. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Mackey. Convulsions et phlébite dans la rougeole. (*Brit. med. j.*,

19 déc.) — Fiessinger. La rubéole primonitoire de la rougeole. (*Méd. mod.*, 25 nov.)

S

Salivaire. — Nové-Josserand. Calculs de la glande sous-maxillaire. (*Lyon méd.*, 8 nov.) — Lallemant. Calculs salivaires de la glande sous-maxillaire. (*Loire méd.*, 15 nov.) — Kummer. Les kystes salivaires de la muqueuse labiale; nature et traitement. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 295.) — Nicoladoni. Des fistules du canal de Sténon. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 549, 15 juin.)

Sang. — Delbet. Recherches expérimentales sur l'hématocatharsise. (*Soc. de biol.*, 6 juin.) — W. Zangenmeister. Appareil pour les mesures colorimétriques, spécialement pour les déterminations quantitatives d'hémoglobine. (*Zeits. f. Biol.*, XXXIII, p. 72.)—Bialobrzeski. Composition chimique de l'hémine et de l'hématine. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Jolles. Estimation quantitative du fer dans le sang. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXV, p. 579.) — Benda. Structure des organes formateurs du sang et régénération des éléments du sang chez l'homme. (*Arch. f. Phys.*, p. 347.) — Giglio-Tos. Structure et évolution des globules rouges du sang chez les vertébrés. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 97.) — Malazzez. Sur l'altérabilité des globules rouges. (*Soc. de biol.*, 19 déc.) — Kronig. Fixation et coloration des préparations du sang. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 638, 13 juil.) — Polonmordvinoff. Rôle de la rate dans la formation des hématies. (*Kazan.*) — Winiarski. Rôle des leucocytes dans les exsudats et transsudats. (*Kron. lekarska*, p. 559.) — Haldane et Smith. Tension par l'oxygène du sang artériel. (*J. of phys.*, XX, p. 497.) — Lewy. La circulation du sang. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXV, p. 447.) — Uhlmann. De l'action morphologique de quelques substances sur les globules blancs. (*Ziegler's Beit. z. path. Anat.*, XIX, p. 533.) — Rouget. Du trypanosome des mammifères. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 716.) — Purdy. Utilité et récents progrès de la méthode de centrifugation. (*N.-York med. j.*, 19 déc.) — Bizzozero et Sacerdoti. Influence de la température et de l'afflux sanguin sur l'activité productive des éléments. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 88.) — Giglio-Tos. Sur les cellules du sang de la lamproie. (*Ibid.*, p. 93.) — Kuthy. Modifications que subit le sang dans les régions élevées par diminution de la pression barométrique. (*Ibid.*, p. 19.) — Bottazzi et Ducceschi. Résistance des érythrocytes, alcalinité du plasma et pression osmotique du sang dans les différentes classes de vertébrés. (*Ibid.*, XXVI, p. 161.) — Fano et Bottazzi. Sur la pression osmotique du sérum du sang et de la lymphe en différentes conditions de l'organisme. (*Ibid.*, XXVI, p. 45.) — Luzzatto. Des protéides du sérum sanguin dans la putréfaction. (*Ibid.*, XXVI, p. 205.) — Ascoli. De l'hyperleucocytose digestive. (*Policlinico*, III.) — Hanriot. Sur un nouveau ferment du sang. (*Soc. de biol.*, 14 nov.) — Biernacki. Pneumatologie du sang humain pathologique, coagulation et alcalescence dans les maladies. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 279.) — Fodor et Rigler. Nouvelles recherches

sur l'alcalinité du sang. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 134.) — Greco. Du pouvoir bactéricide du sérum sanguin dans l'hyperchlorhydrie gastrique. (*Riforma med.*, 6 nov.) — Athanasiu et Carvallo. De la suppléance des tissus dans le phénomène de la coagulation sanguine. (*Soc. de biol.*, 19 déc.) — Gley. Défaut de rétractibilité du caillot sanguin dans quelques conditions expérimentales. (*Ibid.*, 19 déc.) — Cohnstein. Modification du chyle graisseux dans le sang. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXV, p. 473.) — Maurel. Action de l'eau distillée sur les éléments figurés du sang de lapin. (*Soc. de biol.*, 14 nov.) — Achard et Bensaude. Recherches sur la présence de la propriété agglutinante dans le plasma sanguin et divers liquides de l'organisme. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 748.) — Epiphanow. Influence des injections sous-cutanées de spermine et de musc sur l'état du sang chez le malade et l'homme sain. (*St-Petersb. med. Woch.*, 26 oct.) — Winternitz. Sur les modifications du sang à la suite des injections sous-cutanées de poisons irritants. (*Prager med. Woch.*, 52.) — Macalister. Le sang comme agent thérapeutique, (*Lancet*, 28 nov.) — Carrion et Hallion. Sur le lavage du sang. (*Soc. de biol.*, 5 déc.) — Albu. Indication de la saignée. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 oct.) — Kroenig. Des saignées. (*Ibid.*, 19 oct.)

Sarcome. — Jurgens. Recherches expérimentales sur l'étiologie des sarcomes. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 549, 15 juin.) — Shively. Sarcome inopérable du cou ; injections de toxines d'érysipèle et de bacillus prodigiosus. (*N.-York med. j.*, 12 déc.) — Mermet. Enorme dermatomyome de la cuisse ; dégénérescence sarcomateuse. (*Sc. anat. Paris*, 16 oct.)

Saturnisme. — Balland. Influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception et l'allaitement. (*Gaz. hebd. Paris*, 29 nov., et *Arch. de gyn.*, sept.) — Rendu. Sur deux cas d'intoxication saturnine d'origine peu connue. (*Soc. méd. des hôp.*, 16 oct.) — Achard. Un cas de parotidite saturnine. (*Ibid.*, 11 déc.) — Croutes. De la parotidite saturnine. (*Thèse de Paris.*) — Meirowitz. Paralysie saturnine ; diagnostic différentiel avec la paralysie alcoolique. (*Amer. med. Bull.*, 26 sept.)

Scarlatine. — Armstrong. Diagnostic de la scarlatine. (*Brit. med. j.*, 26 déc.) — Halatcheff. De la scarlatine maligne pseudo-diphtérique. (*Thèse de Genève.*) — Buman. Succession immédiate de la scarlatine, de la variole et de la diphtérie en 28 jours chez une jeune fille de 14 ans ; mort. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 262.) — Drake. Scarlatine récurrente. (*Med. Record*, 28 nov.) — Salman. Affection articulaire grave post-scarlatineuse. (*Deut. med. Woch.*, 24 déc.) — De Francesco. Syndrome syringomyélique après la scarlatine. (*Gaz. d. osped.*, 25 nov.) — Bruck. Myosite scarlatineuse. (*Arch. f. Kind.*, XXI, 5 et 6.) — Varnali. Scarlatine avec diphtérie sans fièvre. (*Ibid.*) — Yot. Scarlatine traitée par les injections de sérum antistreptococcique. (*J. des Praticiens*, 19 déc.)

Sclérodermie. — Wadstein. Un cas de sclérodermie diffuse. (*Nordiskt med. Arkiv.*, XXXVIII, n° 29.) — Mc Master. Un cas de sclérodermie diffuse. (*Austral. med. Gaz.*, 21 déc.) — Montexano. Quelques cas de sclérodermie. (*Riforma med.*, 24 août.)

Septicémie. — Voges. Des bactéries de la septicémie hémorragique et des formes qu'elles déterminent. (*Zeit. f. Hyg.*, XXII, 2, et *Cent. f. Bakt.*, XX, p. 906.) — Bois. Diagnostic différentiel du choc, de l'hémorragie et de la septicémie. (*Ann. of Gyn.*, nov.) — Bernheim. 2 cas de septicémie streptococcique ; guérison. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIII, p. 208.)

Sérothérapie. — Dean. Le séro-diagnostic des maladies. (*Scottish med. j.* I. p. 55.) — Morillot. La séro-réaction et le séro-diagnostic. (*Thèse de Paris.*) — Ruhrah. Sérothérapie et inoculation protectrice. (*Med. News*, 14 nov.) — Withington. La sérothérapie. (*Boston med. Journ.*, 31 déc.) — Dupuy. Sérums thérapeutiques et autres liquides organiques injectables. (In-8°, 99 p., *Paris.*) — Sieber-Choumowa. Les sérums thérapeutiques anticocciques. (*Arch. Sc. biol. St-Pétersbourg*, IV, p. 415). — Dziergowski. Préparation des sérums médicinaux. (*Ibid.*, p. 454.) — Cavati. Quelques phénomènes consécutifs à la sérothérapie. (*Gaz. d. Osped.*, 25 nov.) — Mérieux. Le sérum antistreptococcique. (*Loire méd.*, 15 nov.) — Achard. Sur le sérum lactescent et l'ascite laiteuse non chyleuse. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 nov.) — Widal et Sicard. Opalescence et lactescence du sérum de certains albuminuriques. (*Ibid.*, 6 nov.) — Mérieux et Niemann. Sérum antistreptococcique. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 déc.) — Gabritschewsky. Les bases de la sérothérapie de la fièvre récurrente. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 630.) — Metschnikoff. Remarques sur le travail précédent. (*Ibid.*) — Tommasoli. La sérothérapie antituberculeuse de Maragliano, appliquée en dermatologie. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 618.) — Glucksmann. De la bactériothérapie des tumeurs malignes et ses bases. (*Münch. med. Woch.*, 4 fév.)

Serpent. — Maclaud. Sur le naja cracheur et le sérum antivenimeux de Calmette. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — Gibier. Sur une nouvelle méthode pour recueillir le venin des serpents. (*Acad. des sc.*, 7 déc.) — Phisalix. Propriétés immunisantes du sérum d'anguille contre le venin de vipère. (*Ibid.*, 28 déc.) — Phisalix. Antagonisme physiologique des glandes labiales supérieures et des glandes venimeuses chez la vipère et la couleuvre, la sécrétion des premières vaccines contre le venin des secondes. (*Soc. de biol.*, 28 nov.) — Rennie. Morsure de serpent traitée par le sérum de Calmette ; guérison. (*Brit. med. j.*, 21 nov.)

Sommeil. — Patrick et Gilbert. Effets de la privation de sommeil. (*Psycholog. Review*, sept.) — De Buck et de Moor. Théorie moderne du sommeil. (*Belgique méd.*, 26 nov.) — Tchije. Recherches expérimentales sur l'attention pendant le sommeil. (*Obozr. psych.*, sept.) — Nicati. Le sommeil. (*Marseille méd.*, 1er juill.)

Spina bifida. — Curchod. Excision d'un spina bifida traumatique. (*Thèse de Lausanne.*) — Lesniewski. Traitement opératoire de spina bifida. (*Kron. lek.*, p. 271.) — Ardouin. Spina-bifida latent. (*Rev. d'orthop.*, 1er nov.)

Strabisme. — Parinaud. Histoire du strabisme et de son traitement. (*Ann. d'ocul.*, déc.) — De Wecker et Masselon. La strabométrie et l'urgence de son emploi. (*Ibid.*, nov.) — Wood. La fixation monoculaire dans ses relations avec l'hétérophorie. (*J. Americ. med. Ass.*, 28 nov.)

Sucre. — Creighton. Recherches histologiques sur la propriété formative du glycogène. (In-8°, 152 p., *Londres.*) — Koebner. Modification du sucre de cannes dans le conduit gastro-intestinal. (*Zeit. f. Biol.*, XXXIII, p. 404.) — Scanzoni. Résorption du sucre de raisin dans l'intestin grêle. (*Ibid.*, p. 462.)

Sueur. — Fananas. Terminaison des tubes sécréteurs des glandes sudoripares. (*Rev. trim. microg.*, I, 1, mars.) — Arloing. La toxicité de la sueur. (*Soc. de biol.*, 26 déc.) — Capitan et Gley. Idem. (*Ibid.*)

Suppuration. — Roger et Josué. Sur les modifications de la moelle osseuse dans les suppurations. (*Soc. de biol.*, 12 déc.) — Charrin. La moelle osseuse et l'infection. (*Ibid.*)

Syphilis. — Moltchanoff. Particularités de la morbidité par affections vénériennes à Schlusselbourg. (*Vratch.*, 12 déc.) — Breakey. Syphilis et mariage. (*J. Americ. med. Ass.*, 12 déc.) — Shaw-Mackenzie. Syphilis chez les femmes mariées. (*Lancet*, 5 déc.) — Rollet. Syphilis héréditaire tardive chez une Sénégalaise. (*Echo méd. Lyon*, 15 nov.) — A. Gebert. Epidémie de syphilis extragénitale dans une famille. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 oct.) — Pulsford. Un cas, chez une jeune fille, de syphilis acquise de la mère. (*J. Americ. med. Ass.*, 5 déc.) — Platon. Sur un cas d'hérédo-syphilis avec sclérodermie. (*Marseille méd.*, 15 oct.) — Vierordt. Syphilis congénitale chez les adultes. (*Arch. f. Derm.*, XXXVIII, p. 251.) — Werner. Sur la mortalité des enfants des prostituées et la fréquence de la syphilis héréditaire. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 183.) — Lassar. Durée de la contagiosité de la syphilis. (*Derm. Zeit.*, déc.) — Heller. La dactylie syphilitique. (*Ibid.*) — Galezowski. De la scrofule oculaire et de ses rapports avec la syphilis héréditaire. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 67.) — Collings. Un cas de réinfection syphilitique. (*J. of cut. dis.*, août.) — Williams. La syphilis héréditaire et la paralysie générale des aliénés. (*Med. Record*, 5 déc.) — Alzheimer. Un cas de méningomyélite et d'encéphalite syphilitiques. (*Arch. f. Psych.*, XXIX, p. 63.) — Elsner. Hydrocéphalie et syphilis congénitale. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIII, p. 457.) — Bézy. Considérations sur l'hydrocéphalie hérédo-syphilitique. (*J. des Praticiens*, 28 nov.) — Brewer et Bailey. Sur un cas de syphilis cérébrale. (*J. of cut. dis.*, sept.) — Levy-Dorn. Un cas de syphilis cérébrale héréditaire tardive. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 août.) — Dind. Syphilis cérébrale. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 433.) — Eschner. Syphilis cérébro-spinale. (*Med. and surg. reporter*, 19 déc.) — Bechterew. Sur l'automatisme comme manifestation de la syphilis cérébrale. (*Obozr. psych.*, sept.) — Kosobudski. De la syphilis du cervelet. (*Medycyna*, 47.) — Storbeck. Rapports entre l'ataxie locomotrice et la syphilis. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 juil.) — Fraenkel. Polynévrite syphilitique. (*Ibid.*, 20 juil.) — Zaroubi. Le réflexe tendineux du genou dans la syphilis. (*Progrès méd.*, 19 déc.) — Lazarew. 2 cas de syphilis du cœur. (*Presse méd.*, 16 déc.) — Coggeshall. Un cas de syphilis du cœur ; pas d'examens des lésions. (*Boston med. Journ.*, 10 déc.) — Wendeler. Pneumonie syphilitique des nouveau-nés. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIV, p. 129.) — Hobbs et Broustet. Syphilis pulmonaire. (*J. méd. Bordeaux*, 16 août.) — Welander. Des affections du rein dans la syphilis. (*Arch. f. Dermat.*, XXXVII, p. 91.) — Foulquier. De la syphilis rénale précoce. (*Thèse de Montpellier.*) — Moty. Syphilis oculaire primitive. (*Nord méd.*, 15 déc.) — Fournier et Sauvineau. Troubles oculaires d'origine hérédo-syphilitique. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 73.) — Hitschmann. Chancre syphilitique de la conjonctive. (*Wiener klin. Woch.*, 24 déc.) — Cassel. Syphilis congénitale des os du crâne chez un nourrisson. (*Berl. klin. Woch.*, 6 juil.) — Foucher. Nécrose du sphénoïde. (*Rev. int. de rhinol.*, oct.) — Danlos. Arthropathies syphilitiques. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1322). — Gastou, Gosselin et Gompret. Dystrophies dentaires hérédito-syphilitiques. (*Ibid.*, VII, p. 1445.) — Charrier et Rénon. Syphilis tertiaire mutilante, osseuse et cutanée. (*Ibid.*, VII, p. 1453.) — Lepileur. Syphilis acquise chez un sujet considéré comme hérédo-syphilitique. (*Ibid.*, p. 1455.) — Dreysel. Vitiligo syphilitique. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 oct.) — Gottheil. Un cas fatal de gommes sous-cutanées multiples. (*J. Americ. med. Ass.*, 12 déc.) — Herxheimer. Des

gommes multiples sous-cutanées au début de la syphilis ; diagnostic avec le tubercule miliaire. (*Arch. f. Derm.*, XXXVII, p. 379.) — Fournier. A quel mode d'allaitement convient-il de recourir pour un enfant issu d'un père syphilitique et qu'on suspecte de syphilis. (*Presse méd.*, 25 nov.) — Jullien. Un coup d'œil sur la sérothérapie syphilitique ; revue historique. (*France méd.*, 4 déc., p. 799.) — Maréchal. Recherches sur l'autoimmunisation contre la syphilis à l'aide du sérum humain syphilitique. Microbe spécifique de la syphilis. (*Méd. mod.*, 28 nov.) — Giovannini. De la valeur du sublimé comme prophylactique du chancre syphilitique. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 669, et *Giorn. Accad. med. Torino*, déc.) — Lane. Traitement de la syphilis par les injections mercurielles intraveineuses. (*Brit. med. j.*, 12 déc.) — Mosca. Efficacité des injections de calomel dans la syphilis laryngée. (*Arch. ital. di laring.*, XVI, p. 567.) — Marmonier. Traitement des syphilides secondaires par les fumigations de calomel. (*Dauphiné méd.*, oct.) — Gallois. Injections intramusculaires solubles de benzoate de mercure dans le traitement de la syphilis. (*Soc. de Thérap.*, 10 déc.) — Grunfeld. Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques. (*Cent. f. ges. Ther.*, déc.) — Asselbergs. Les injections de calomel dans la syphilis. (*Presse méd. belge*, 15 nov.) — Hallopeau et Bureau. Sur le traitement de la syphilis par les injections intramusculaires de salicylate de mercure. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1458.) — Tommasoli. Quelques essais de traitement abortif de la syphilis, méthode de Baccelli. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 572.) — Moller. Des embolies pulmonaires dans les injections de sels mercuriels non solubles. (*Arch. f. Derm.*, XXXVII, p. 395.) — Lee. Le traitement de la syphilis par l'eau. (*J. Americ. med. Ass.*, 12 déc.) — Vollmer. Syphilis et bains salés. (*Mon f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 557.)

T

Tact. — Henri. Sur la localisation des sensations tactiles. (*Soc. de biol.*, 26 déc.)

Teigne. — Courmont. Etude clinique et expérimentale sur quelques types nouveaux de teignes exotiques. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 700.) — Spietschka. Etude du microsporon furfur. (*Arch. f. Dermat.*, XXXVII, p. 65.) — Haushalter. Favus unguéal. (*Soc. méd. Nancy*, 11 nov.) — Permain. De quelques lésions simulant la pelade. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du Castel. 2 cas de tricophytie des parties glabres. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 47.) — Hallopeau et Bureau. Pseudo-pelade en bandes. (*Ibid.*, VIII, p. 65.) — Pellizzari. Sur une modification au traitement stimulant de la pelade. (*Settim. med.*, 3 oct.) — Allen. Traitement de la teigne du cuir chevelu dans les écoles. (*Pediatrics*, 15 août.) — Bodin. Diagnostic et traitement des teignes tondantes de l'enfance. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, V, 4.)

Température. — Flemming. Influence de la lumière et de la température sur la coloration des larves de salamandre. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 690.) — Newton. Un cas d'hyperpyrexie, 110° Fahr. (*Lancet*, 21 nov.)

Tendon. — Michel. De l'extirpation totale des gaines synoviales dans le traitement des synovites tuberculeuses des gaines tendineuses de la main. (*Thèse de Montpellier.*) — Welti. Un cas de vaginite chronique des tendons du pouce. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 mai.) — Desguin. 2 cas de greffe tendineuse. (*Belgique méd.*, 24 déc.) — Lapeyre et Labbé. Fibrome tuberculeux d'une gaine synoviale digitale. (*Soc. anat. Paris*, 11 déc.)

Ténia. — Daniels. Ténia demerariensis. (*Lancet*, 21 nov.)

Testicule. — Stieda. Sur la substance interstitielle du testicule. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 692.) — Von Bardeleben. Spermatogenèse chez les marsupiaux et monotrèmes. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 449, 18 mai.) — Brault. Quelques remarques sur la chirurgie des bourses. (*Lyon méd.*, 6 déc.) — Parona. Anomalie congénitale singulière du testicule droit. (*Policlinico*, III, p. 203.) — Peyraube. De la névralgie du testicule. (*Thèse de Montpellier.*) — Horwitz. Hydrocèle, sa cure radicale, 110 cas. (*J. of cut. dis.*, sept.) — Rostaing. De la cure radicale du varicocèle par un nouveau procédé de résection du scrotum. (*Thèse de Lyon.*) — Mathieu. Etat histologique du tube séminifère dans un testicule sarcomateux. (*Soc. de biol.*, 14 nov.)

Tétanie. — Lothrop. Quelques cas de tétanie. (*Boston med. Journ.*, 19 nov.)

Tétanos. — Brunner. Etude du poison tétanique. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXI, p. 367.) — Taylor. Tétanos des nouveau-nés. (*Lancet*, 19 déc.) — Laache. 3 cas de tétanos. (*Tidssk. f. norske Lägefor.*, 13 p. 303.) — Brion. Un cas de tétanos traumatique à forme chronique d'une durée de 30 jours, guérison. (*J. de méd. et chir. prat.*, 25 déc.) — Baker. Tétanos traité par l'antitoxine, guérison. (*Brit. med. j.*, 28 nov.) — Baker. Tétanos traumatique traité sans succès par l'antitoxine. (*Ibid.*, 26 déc.) — Casali. Cas de tétanos guéri par l'antitoxine de Tizzoni. (*Riforma med.*, 28 nov.) — Tome. Un cas de tétanos guéri par l'antitoxine de Tizzoni. (*Ibid.*, 14 nov.) — Rabek. Cas de tétanos traité par l'antitoxine. (*Kron. lek.*, p. 1065.) — Bienwald. Tétanos guéri par la nouvelle antitoxine de Behring. (*Deut. med. Woch.*, 3 déc.) — Dewar. Sérothérapie du tétanos ; un cas clinique. (*J. Americ. med. Ass.*, 26 déc.)

Thérapeutique. — Fiessinger. La thérapeutique des vieux maîtres. (In-8°, 335 p., *Paris*, 1897.) — Fiessinger. La thérapeutique de Bernardin Ramazzini. (*Rev. int. de thérap.*, 15 déc.) — Audhoui. Traité de thérapeutique et de matière médicale. (In-8°, 1200 p., *Paris.*) — Grasset. La médication antiphlogistique et contrefluxionnaire devant les idées modernes. (*N. Montpellier méd.*, 1er nov.) — Grasset. Médication antiinfectieuse. (*Ibid.*, 19, déc.) — Monteuuis, Ollivier. Les petits lavements médicamenteux. (*J. de méd. et chir. prat.*, p. 854 et 857, 25 nov.) — Mariani. Sur les inhalations d'oxygène. (*Soc. de biol.*, 19 déc.) — Lépine. L'atropine doit-elle être rayée de l'arsenal thérapeutique ? (*Semaine méd.*, 25 nov.) — Constantin Paul. Le strophantus. (*Tribune méd.*, 18 nov.) — Huchard. Digitale et digitaline. (*J. des Praticiens*, 28 nov.) — Kamenski. Sur le mécanisme de l'action de la digitaline sur le rythme des contractions cardiaques chez les animaux à sang chaud. (*Vratch*, 21 nov.) — Scofone et Battistini. Valeur thérapeutique du sulfate de spartéine comme cardiocynétique. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, déc.) — Toboldt. Des solutions de nucléine. (*N.*

York med. j., 14 nov.) — Poggi-Pollini. Action thérapeutique de l'hémoglobine. (*Settim. med.*, 12 déc.) — Bettmann. Urée comme diurétique. (*Berl. klin. Woch.*, 7 déc.) — Harrington. Faits hygiéniques, thérapeutiques, diététiques et économiques concernant l'extrait de malte. (*Boston med. Journ.*, 31 déc.) — Mencière. De l'antipyrine comme analgésique local. (*Arch. clin. Bordeaux*, août.) — Krauss. L'action du tannigène dans les affections intestinales de l'enfant. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 1er déc.) — Wirz. La tannigène comme astringent intestinal. (*Therap. Mon.*, déc.) — Goliner. Emploi de la tannalbine dans la pratique infantile. (*Der Kinderarzt*, 11.) — Holzapfel. Emploi thérapeutique de la tannalbine. (*Deut. med. Woch.*, 10 déc.) — Moncorvo. Sur l'emploi de l'analgène dans la thérapeutique infantile. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 déc.) — Huchard. Un danger de la médication iodurée. (*J. des Praticiens*, 15 déc.) — Weir Mitchell. Effets exceptionnels des bromures. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 195.) — V. Maximowitsch. Méthodes thérapeutiques pour l'emploi du naphtol et des préparations de créosote. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVII, p. 439.) — Pelli. Etude clinique des badigeonnages de gaïacol. (*Thèse de Lausanne.*) — Drury. Gaïacol dans les pyrexies. (*Royal Acad. med. Ireland*, 20 nov.) — Riegler. Chinaphtol, nouvel antipyrétique et antiseptique. (*Wiener med. Blätter*, 47.)

Thorax. — Gilbert et Roger. Stétographe bilatéral. (*Soc. de biol.*, 28 nov.) — Reymond. Gymnastique respiratoire et amplitude thoracique. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 254.) — Storm Bull. Sur le phénomène diaphragmatique de Litten. (*Norsk. Mag.*, oct.) — Obalinski. Traitement des phlegmons du médiastin postérieur. (*Wiener klin. Woch.*, 10 déc.) — Vanverts. Fibro-sarcome du tissu cellulaire sous-cutané de la paroi thoracique. (*Soc. anat. Paris*, 13 nov.) — Quénu et Longuet. Recherches expérimentales concernant la chirurgie thoracique. (*Soc. de biol.*, 5 déc.)

Thrombose. — Toupet. Thrombose de l'artère pulmonaire dans la tuberculose, mort subite. (*Soc. anat. Paris*, 30 oct.) — Prescott. Un cas de thrombose de la basilaire et des coronaires chez un artério-scléreux. (*Boston méd. Journ.*, 10 déc.)

Thymus. — Rolleston. Tumeur (adéno-sarco-chondrome hémorragique) du médiastin née dans le thymus. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 228.)

Thyroïde. — Kohn. Etudes sur la glande thyroïde. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVIII, p. 398.) — Streiff. Forme des follicules du corps thyroïde. (*Ibid.*, XLVIII, p. 579.) — Nicolas. Recherches sur les vésicules à épithélium cilié annexées aux dérivés branchiaux, avec remarques sur les glandules parathyroïdes. (*Bibliog. Anat.*, juill.) — Groschuff. Sur le développement des glandes accessoires du corps thyroïde et des glandes carotidiennes. (*Anat. Anz.*, XII, p. 497.) — Jacoby. Développement des glandes accessoires thyroïdiennes. (*Ibid.*, XIII, p. 85.) — Bérard. Quelques points de la circulation artérielle thyroïdienne. (*Province méd.*, 14 nov.) — Fisher. Des rapports entre la thyroïde et les organes génitaux chez la femme. (*Wiener med. Woch.*, 1er fév.) — Chassevant. Les récentes découvertes sur la fonction thyroïdienne. (*Rev. gén. des sc.*, 15 oct.) — Blumreich et Jacoby. Fonctions de la thyroïde et des glandes accessoires. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVI, p. 308.) — Schiff. De l'influence sur les échanges vasculaires des préparations thyroïdiennes. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 284.) — Horsley. Physiologie et pathologie de la glande thyroïde. (*Brit. med. j.*, 5 déc.) — Vassale et Generali. Sur les effets de l'extirpation des glandes

parathyroïdiennes. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 61.) — Ducceschi. Les processus d'oxydation, de réduction et de synthèse chez les animaux thyroïdectomisés. (*Ibid.*, XXVI, p. 209.) — Masetti. Les altérations de la moelle chez les chiens thyroïdectomisés. (*Riv. sper. di freniat.*, XXII, p. 797.) — Vassale et Donaggio. Les altérations de la moelle chez les chiens auxquels on a extirpé les glandules parathyroïdes. (*Ibid.*, p. 853.) — Rouxeau. Relation de 103 thyroïdectomies chez le lapin. (*Arch. de phys.*, IX, p. 136.) — Rouxeau. De l'influence de l'ablation du corps thyroïde sur le développement en poids des glandules parathyroïdes. (*Soc. de biol.*, 28 nov.) — Hutchison. Chimie de la glande thyroïde et nature de ses principes actifs. (*J. of phys.*, XX, p. 474.) — Bar. De la thyroïdite aiguë. (*Rev. hebd. de lar.*, 28 nov.) — Riedel. De l'inflammation chronique du corps thyroïde formant des tumeurs dures comme du fer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 551, 15 juin.) — Bonns. Développement historique du traitement moderne du goitre. (*Ibid.*, 1er juin.) — Dobrowsky. Emploi de la thyroiodine chez les enfants. (*Arch. f. Kind.*, XXI, 1.) — Grünfeld. Recherches thérapeutiques avec la thyréo-antitoxine. (*Wiener med. Blätter*, n° 49.) — Schmidt. Le traitement thyroïdien dans les retards de croissance. (*Therap. Woch.*, 15 nov.) — Serapine. Sur le traitement des goitres chirurgicaux par le corps thyroïde. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Poyet. Goitre vasculaire et suffocant, traitement par la thyroïdothérapie. (*Gaz. méd. Picardie*, mai.) — Berlnier. Maladie de Basedow et alopécie totale. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 561.) — Goldschmidt. La glycosurie alimentaire dans le goitre exophtalmique et après la médication thyroïdienne. (*Thèse de Berlin.*) — Riche. Du goitre exophtalmique, interprétation nouvelle. (*Thèse de Paris.*) — Bettmann. Un cas de maladie de Basedow avec diabète. (*Münch. med. Woch.*, 8 déc.) — Jessop. 3 cas de goitre exophtalmique avec lésions oculaires graves. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, XVI, p. 187.) — Spencer. Obs. de goitre exophtalmique traité par l'électricité. (*Med. News*, 28 nov.) — Gio. Thyroïdectomie pour goitre exophtalmique. (*Riv. venet. sc. med.*, 31 déc.) — Dundas Grant. Tumeur maligne du corps thyroïde. (*London lar. Soc.*, 11 nov.) — Bennecke. Tumeur épithéliale maligne du corps thyroïde. (*Berl. klin. Woch.*, 24 août.) — Kœnig. Idem. (*Ibid.*) — Mermet et Lacour. Epithélioma tubulé du corps thyroïde, propagation laryngo-trachéale. (*Soc. anat. Paris*, 30 nov.) — Löwenstein. Extirpation partielle d'un goitre; disparition du restant de la tumeur en l'espace de 5 semaines. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 juill.) — De Paoli. Extirpation de goitre parenchymateux pendant une grossesse. (*Riforma med.*, 5 déc.)

Torticolis. — Osten. Sur les résultats, par la ténotomie, dans les torticolis musculaires chroniques. (*Thèse de Paris.*)

Trachée. — Livini. Structure de la trachée, recherches d'histologie comparée. (*Monit. zool. ital.*, VII, p. 185.) — R. Heller et Schrœtter. La carène de la trachée, étude de la bifurcation des voies aériennes et de son importance clinique. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 211.) — Kœnig. Fistule trachéale guérie par une autoplastie cartilagineuse. (*Semaine méd.*, 9 déc.) — Kœnig. Comblement des pertes de substance de la paroi trachéale antérieure. (*Berl. med. Woch.*, 21 déc.) — Rosenthal. Trachéocèle chez un tuberculeux. (*Ibid.*, 25 mai.) — Little. Canule de trachéotomie portée depuis 23 ans. (*Brit. med. j.*, 5 déc.)

Traumatisme. — Carassac. Conservation systématique des membres dans les écrasements étendus. (*Münch. med. Woch.*, 11 fév.)

Trépanation. — Jaboulay. La trépanation décompressive, mobilisation de la voûte du crâne. (*Lyon méd.*, 20 sept.)

Tuberculose. — Straus. Contribution à l'étude expérimentale de la tuberculose. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 689.) — Leray. La tuberculose chez les animaux dans ses rapports avec la tuberculose humaine. (*Gaz. des hôp.*, 19 déc.) — Delbanco. De la pseudo-tuberculose des rongeurs (étude bactériologique, anatomique et clinique d'une épidémie de pseudo-tuberculose chez le cobaye). (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XX, p. 477.) — Palamidessi. Sur la guérison possible spontanée de la tuberculose expérimentale localisée des lapins. (*Morgagni*, déc.) — Cadiot. Contribution à la tuberculose des petits animaux. (*Bull. méd.*, 18 nov.) — Springthorne. De la tuberculine. (*Glasgow med. j.*, nov.) — Loesch. Diagnostic de la tuberculose par la tuberculine. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, IV, 482.) — Carrière. Etude expérimentale des altérations histologiques du foie et du rein produites par les toxines tuberculeuses. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 65.) — Maksoutow. Essai de provoquer l'immunité contre la tuberculose par les toxines tuberculeuses. (*Vratch*, 19 déc.) — Bunge et Trautenroth. Les bacilles de la tuberculose. (*Fortsch. d. Med.*, 15 déc.) — Leglainche. Sur la virulence des muscles chez l'homme tuberculeux. (*Soc. de biol.*, 5 déc.) — Smith. Variétés du bacille tuberculeux. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 75.)—Bunge et Trautenroth. Smegma et bacilles tuberculeux. (*Fortsch. d. Med.*, 1er déc.)—Cutter. Etude du sang au point de vue de la tuberculose. (*Americ. microscop. j.*, oct.) — Ughetti. La tuberculose à Catane. (*Accad. sc. nat. Catane*, 13 déc.) — Szego. Etat actuel de la question de l'hérédité tuberculeuse. (*Arch. f. Kind.*, XXI, 5 et 6.) — Holt. La tuberculose dans l'enfance et l'adolescence, du mode d'infection. (*Med. News*, 12 déc.)—Muir. La réinfection dans la consomption. (*J. Americ. med. Ass.*, 5 déc.) — Chabad. Sur l'infection mixte dans la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Luzzatto. Des infections mixtes dans la tuberculose pulmonaire des vieillards. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 58.) — Poncet. Sur la constatation des bacilles de Koch dans les premières manifestations de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Paris.*) — Sigg. De la tuberculose miliaire aiguë, remarques sur la méningite tuberculeuse et le mode de propagation des processus infectieux. (*Ann. suisses sc. méd. Bâle*, IV, 4.)—Galliard. Formes cliniques de la tuberculose intestinale. (*Méd. mod.*, 2 déc.) — Bumann. Adénite tuberculeuse du cou, rapidement suivie de tuberculoses rénale et pulmonaire. (*Rev. méd. suisse romande*, XVI, p. 261.) — Le Dentu. La tuberculose ganglionnaire. (*L'Indépend. méd.*, 2 déc.) — Morestin. Abcès tuberculeux du grand pectoral. (*Soc. anat. Paris*, 13 nov.) — Ryerson. Chirurgie de la tuberculose intrathoracique. (*Ann. of surg.*, nov.) — König. Développement historique de la doctrine de la tuberculose, spécialement de la tuberculose articulaire. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er juin.) — Grancher, Thoinot. Hospitalisation des tuberculeux. (*Ann. d'hyg. publ.*, déc.) — Petit. L'Institut Verneuil pour le traitement des enfants tuberculeux. (*Rev. gén. des sc.*, 15 oct.) — Liebe. Le mouvement en faveur des établissements de cure pour tuberculeux primaires en Allemagne et à l'étranger. (*Hyg. Rundsch.*, VI, n° 13.) — Unterberger. Le traitement de la tuberculose dans les sanatoria. (*St-Petersb. med. Woch.*, 19 déc.) — Porter. Traitement diététique de la tuberculose. (*Americ. med. surg. Bull.*, 7 nov.) — Moore. Traitement et prophylaxie de la tuberculose. (*Ther. Gaz.*, 16 nov.) — Grancher. Traitement de la tuberculose, alimentation. (*Bull. méd.*, 2 déc.) — Volland. De l'atonie gastro-intestinale dans ses rapports avec le traitement de la phtisie. (*Ther. Mon.*, juill.) — Gabrilowitsch. Note sur ce travail. (*Ibid.*, nov.) —

Dorrenburg. Essais de sérothérapie dans la tuberculose. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 sept.)

Tumeur. — Brault. La glycogenèse dans les tumeurs. (*Arch. des sc. méd.*, sept.)

Typhoïde. — Boyer. La fièvre typhoïde à Beyrouth. (*Lyon méd.*, 15 nov.) — Rondet. Epidémie de fièvre typhoïde à Curis. (*Ibid.*, 29 nov.) — Belval. L'épidémie de fièvre typhoïde de Tirlemont. (*Mouv. hyg.*, XII, p. 235.) — Skvortzow. La fièvre typhoïde à Moscou, morbidité et mortalité de 1878 à 1892. (*Moscou.*) — Reincke. L'épidémiologie de la fièvre typhoïde à Hambourg et Altona. (*Deut. Viertelj. f. œffentl. Gesund.*, XXVIII, p. 409.) — Berry. Epidémie de fièvre typhoïde dans une ville de province, Grantham, étiologie (égouts). (*Lancet*, 5 déc.) — Gibert. La fièvre typhoïde au Havre. (*Rev. d'hyg.*, mai.) — Fitz Gibbon. Les huîtres et la fièvre typhoïde. (*Brit. med. j.*, 5 déc.) — Remlinger et Schneider. Etude du bacille typhique. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 55.) — G. Drouineau. Etiologie de la fièvre typhoïde. (*Rev. d'hyg.*, sept.) — Achard et Bensaude. Sur l'agglutination des divers échantillons du bacille d'Eberth et des bacilles paratyphiques. (*Soc. de biol.*, 21 nov.) — Thiercelin et Lenoble. Rechute de fièvre typhoïde chez une malade dont le sérum avait conservé, pendant la convalescence, la propriété agglutinante. (*Ibid.*, 5 déc.) — Thiercelin et Lenoble. Absence de la réaction de Widal dans la sueur d'une typhique. (*Ibid.*, 12 déc.) — Widal et Sicard. La réaction agglutinante comparée chez les typhiques pendant l'infection et pendant l'immunité. (*Ibid.*, 19 déc.) — Charrier et Apert. Recherche de la réaction agglutinante par la méthode de Widal dans les humeurs d'un embryon de 3 mois expulsé par une malade atteinte de fièvre typhoïde bénigne. (*Ibid.*, 26 déc.) — Widal et Sicard. La réaction agglutinante chez les typhiques comparée pendant l'infection et pendant l'immunité. (*Presse méd.*, 23 déc.) — Catrin. Séro-diagnostic et séro-pronostic de la fièvre typhoïde. (*Soc. méd. des hôp.*, 16 oct.) — Mossé. Action agglutinante du colostrum sur le bacille d'Eberth. (*Ibid.*, 27 nov.) — Widal et Sicard. Affections dites paratyphoïdiques et séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, 4 déc.) — Widal et Sicard. Variations de la réaction agglutinante dans la sérosité pleurale des typhiques (*Ibid.*, 11 déc.) — Dimoux-Dime. Du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Thèse de Lyon.*) — Thelliez. Sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Thèse de Paris*). — De Grandmaison. De l'importance clinique du séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde. (*Méd. mod.*, 12 déc.) — Courmont. Technique et valeur du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Province méd.*, 12 déc.) — Josué et Clerc. Fièvre typhoïde, séro-diagnostic. (*Soc. anat. Paris*, 25 sept.) — Bodin. Sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, V, 4.) — Boureau. A propos de la réaction de Gruber et du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde de Widal. (*Gaz. méd. du Centre*, déc.) — Stern. Examen du sang pour le diagnostic de la typhoïde. (*Cent. f. inn. Med.*, 5 déc.) — Delépine. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Lancet*, 5 déc.) — Durham. Valeur du séro-diagnostic de la typhoïde. (*Ibid.*, 19 déc.) — Grunbaum. L'action agglutinante du sérum et le séro-diagnostic de la typhoïde. (*Ibid.*) — Beco. Sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, X, p. 870.) — Mackenzie. Les récentes applications de la séro-réaction de Pfeiffer dans le diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Canadian practitioner*, déc.) — Greene. Récents progrès dans le diagnostic différentiel de la typhoïde (méthodes de Ehrlich et de Widal). (*Med. Record*, 14 nov.) — Johnston et Mc Taggart. La séro-réaction dans la fièvre typhoïde et le

choléra expérimental par la méthode du sang desséché. (*Brit. med. j.*, 5 déc.) — Bormans. De l'action agglutinative de l'urine des typhiques sur le bacille d'Eberth. (*Riforma med.*, 27 nov.) — Comba. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, 14 déc.) — Comba. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Accad. med. fiorentina*, 14 déc.) — Jemma. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Gaz. d. Osped.*, 20 déc.) — Jemma. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Accad. med. Genova*, 14 déc.) — Devoto. Des substances qui déterminent le pouvoir agglutinant du sérum sanguin chez les typhiques. (*Ibid.*) — Silvestrini. Le séro-diagnostic. (*Settim. med.*, 491, 10 oct.) — Jez. La diazo-réaction et sa signification pronostique dans la typhoïde. (*Wiener med. Woch.*, 19 déc.) — Pfuhl. Du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 52.) — Pfeiffer et Kolle. De la réaction spécifique d'immunité des bacilles typhoïdiques. (*Zeit. f. Hyg.*, XXI.) — Achard et Bensaude. Infections paratyphoïdiques. (*Soc. méd. des hôp.*, 27 nov.) — Ménétrier. Fièvre typhoïde compliquée de pleurésie droite, réaction agglutinative du sérum sanguin; pas de réaction agglutinative du sérum de l'épanchement. (*Ibid.*, 4 déc.) — Thoinot et Cavasse. Fièvre typhoïde légère typhique suivie d'une double rechute. Séro-diagnostic négatif dans la première attaque, positif dans les deux suivantes et dans la convalescence. (*Ibid.*, 11 déc.) — Milian. Lithiase biliaire au cours de la fièvre typhoïde. (*Soc. anat. Paris*, 30 nov.) — Catrin. Abcès et phlegmons post-typhoïdiques. (*Gaz. hebd. Paris*, 15 oct.) — Kutznau. Un cas de septico-pyohémie typhique. (*Berl. klin. Woch.*, 27 juill.) — Kühnau. Fièvre typhoïde mortelle par méningite due au bacille d'Eberth. (*Ibid.*, 22 juin.) — Huxtable. Fièvre typhoïde, gangrène rapide. (*Austral. med. Gaz.*, 21 déc.) — Parsons. Lésions osseuses post-typhoïdiques. (*J. Hopkins hosp. Rep.*, V.) — Manges. Les méthodes antitoxiques et antiseptiques dans le traitement de la fièvre typhoïde. (*Med. News*, 14 nov.) — Rabl. Les bains froids dans la fièvre typhoïde. (*Austral. med. Gaz.*, 21 déc.) — Quioc. De l'emploi prolongé des bains froids comme moyen de prévenir les rechutes dans la fièvre typhoïde. (*Bourgogne méd.*, IV, p. 65.) — Robin et Binet. De l'action thérapeutique de la balnéation froide dans la fièvre typhoïde. (*Arch. de méd.*, nov.) — Nammack. Le traitement de Woodbridge de la typhoïde. (*Med. Record*, 28 nov.) — Likoudi. Action thérapeutique de la lactophénine dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Hayler-Passavant. Perforation de l'intestin ouvert à l'extérieur dans la fièvre typhoïde. (*Corr.-Bl. f. sch. Aerzte*, 1er sept.) — Vanverts. Perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde, laparotomie, suture, mort. (*Soc. anat. Paris*, 30 nov.) — Monod. De l'intervention chirurgicale dans les péritonites par perforation au cours de la fièvre typhoïde. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 719.) — Armstrong. L'intervention chirurgicale dans la perforation typhique. (*Brit. med. j.*, 5 déc.)

U

Ulcère.—Dumont. Sur l'ulcère des pays chauds. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1467.) — Berger. Mal perforant plantaire. (*L'Abeille méd.*, 12 déc.) — Schalenkamp. Traitement de l'ulcère de jambes variqueux par l'oxyde de mercure. (*Therap. Mon.*, déc.)

Urée, émie.—Klemperer. De l'urée comme médicament. (*Deut. med. Woch.*, 19 nov.) — Sacerdotti et Ottolenghi. — Des altérations des éléments nerveux dans la dyscrasie urémique expérimentale. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 1.) — Faitout. Urémie par néphrite interstitielle, 8 ans après la scarlatine. (*Soc. anat. Paris*, 27 nov.) — Tirard. Dyspnée urémique. (*Practitioner*, déc.) — Richardière. Gonflement des parotides dans l'urémie. (*Union méd.*, 31 oct.) — Richardière. Traitement de l'urémie par les saignées suivies d'injections massives de sérum artificiel. (*Ibid.*, 5 déc.)

Urètre. — 1 cas d'urétrite non gonococcique. (*J. de méd. Paris*, 27 déc.) — Tillaux. 1 cas d'épispadias. (*Indép. méd.*, 23 déc.) — Ravanier. Rétrécissements traumatiques de l'urètre membraneux; traitement. (*Thèse de Paris.*) — Oraison. Rétrécissement récidivant de l'urètre. Urétrotomie. (*J. méd. Bordeaux*, 15 nov.) — Guitéras. Traitement des rétrécissements de l'urètre chez l'homme. (*Med. Record*, 14 nov.) — Moreau. Observation d'urétrectomie. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, X, p. 753.) — Reed. Mélanosarcome de l'urètre, femme, urétrectomie. (*Amer. j. of obst.*, déc.)

Urinaires (Voies). — Guyon. Rapports de l'intoxication et de l'infection urinaires. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, déc.) — Gaudet. Sur l'emploi de la photographie à l'étude des sédiments urinaires. (*Lyon méd.*, 8 nov.) — Damaschino. Des abcès urineux. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, déc.) — Meyer. Du diagnostic précoce de la tuberculose descendante de l'appareil uro-génital. (*N.-York. med. Monats.*, p. 6.) — Daggett. Un cas de chylurie. (*Brit. med. Journ.*, 12 déc.) — Crossouard. 1 cas d'hématochylurie traité par l'eau chloroformée saturée. (*Arch. de méd. nav.*, sept.) — Lyder Nicolaysen. De la bactériurie comme cause d'incontinence d'urine nocturne. (*Norsk Magazin.*, oct.) — Robbins. Observation d'hématurie. (*Med. News.*, 21 nov.) — Zamazol. Etiologie de l'incontinence d'urine. (*Wiener med. Blätter*, n° 36.) — Barbadault. Pathogénie et traitement de l'incontinence d'urine chez les calculeux. (*Thèse de Paris.*)

Urine. — Vidal. Variations de la toxicité urinaire sous l'influence des inhalations chloroformiques. (*Soc. de biol.*, 12 déc.) — Labadie-Lagrave, Boix et Noé. Toxicité urinaire dans la grossesse. (*Ibid.*, 12 déc.) — Casciani. Influence de l'alimentation et du travail sur la toxicité de l'urine. (*Accad. med. Roma*, 27 déc.) — Lambert. De l'influence du froid sur la sécrétion urinaire. (*Arch. de phys.*, IX, p. 129.) — Carillon. De l'acidité urinaire. (*Écho méd. Lyon*, 15 nov.) — Caillet. De la clinique séméiologique des acides sulfoconjugués de l'urine. (*Thèse de Bordeaux.*) — Casciani. L'élimination des éthers sulfoniques par l'urine dans la phtisie, l'alimentation et après l'usage des eaux chlorurées sodiques à doses purgatives. (*Riforma med.*, 16 déc.) — Landolph. Analyse optique des urines et dosage exact des protéides glucosides et des matières saccharoïdes non fermentescibles. (*Acad. des sc.*, 28 déc.) — Nichols. Recherche des pigments biliaires dans l'urine et les liquides organiques. (*Med. News*, 26 déc.) — Mannelli et Giudice. Sur un rapport spécial existant entre l'urée et le chlore éliminés avec les urines. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 225.) — Amann. Recherche des phénols dans l'urine pour le diagnostic des autointoxications digestives. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 339.) — Amann. Nouveau procédé clinique de dosage des phénols de l'urine. (*Ibid.*, nov.) — Kast et Weiss. De l'hématoporphyrinurie. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 juill.) — Nichols. Sur l'effervescence de l'urine avec l'acide nitrique nitreux. (*Med. Record*, 28 mars.) — Ceconi. Valeur de la détermination du phosphore dans l'urine normale et pathologique. (*Morgagni*, nov.) — Foulerton.

Recherche de l'albumine et des substances similaires dans l'urine au cours des maladies. (*Practitioner*, déc.) — MATTHES. Des albuminoïdes dans l'urine des ostéomalaciques. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 mai.) — STRAUSS. Influence des extraits de viande sur l'excrétion d'acide urique, augmentation. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 août.) — SPILLMANN. Traitement de la diathèse urique par le jus de citron. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er oct.)

Urticaire. — ROUX. De l'urticaire pigmentaire. (*Thèse de Bordeaux.*) — DUBRISAY et THIBIERGE. 1 cas d'urticaire pigmentaire. (*Ann. de dermat.*, VII, p. 1303.) — GILCHRIST. Observation d'urticaire. (*J. Amer. med. Ass.*, 12 déc.

Utérus. — BUCHSTAL. Le tissu élastique dans les trompes de Fallope, à l'état normal pathologique. (*Thèse de St-Pétersb.*) — MACKENRODT. Utérus didelphe. (*Berl. klin. Woch.*, p. 768, 24 août.) — GORIA. Sur 1 cas d'atrésie ou d'absence congénitale de la cavité du corps de l'utérus. (*Giorn. Accad. med. Torino*, oct.) — DUFF. Maladies pelviennes et leurs causes principales. (*Amer. j. of Obst.*, nov.) — HALL. Les causes les plus puissantes des inflammations pelviennes. (*Ibid.*, déc.) — PETERSON. Prophylaxie des affections pelviennes. (*J. Amer. med. Ass.*, 19 déc.) — VINEBERG. Salpingite catarrhale aiguë; sa ressemblance avec l'appendicite; diagnostic différentiel; traitement. (*Med. Record*, 21 nov.) — KAHN. Emploi thérapeutique de la vapeur dans l'endométrite puerpérale. (*Cent. f. Gyn.*, 5 déc.) — BLANC. 3 observations de métrites vaginales hémorragiques guéries par le curetage. (*Loire méd.*, 15 déc.) — WALTHER. Le curetage, sa technique. (*J. des Praticiens*, 5 déc.) — GESSNER. Action et technique du curetage. (*Zeit. f. Geburstsh.*, XXXIV, p. 387.) — SAENGER. L'emploi intrautérin du chlorure de zinc. (*Mon. f. Geburstsh.*, IV, 6.) — HELME. Hypertrophie du col chez une vierge. (*Brit. med. j.*, 26 déc.) — GRIFFITTH. Hématosalpinx vrai, laparotomie. (*Idid.*) — CONDAMIN. Des indications de la columnisation en gynécologie. (*Lyon méd.*, 8 nov.) — KALABIN. La question de l'ablation des annexes utérines. (*Cent. f. Gyn.*, 5 déc.) — DELBET. De l'ablation abdominale des annexes sans ligature préalable. (*Ann. de Gyn.*, nov.) — PAUCHET. Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus, 257 cas. (*Bull. méd.*, 9 déc.) — PRÉDHOMME. De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes aiguës. (*Thèse de Paris.*) — PENROSE. Hystérectomie par méthode combinée, abdominale et vaginale. (*Amer. j. of obst.*, déc.) — L. et Th. LANDAU. Technique de l'opération radicale vaginale. (*Berlin.*) — PANTALONI. Hystérectomie abdominale totale, 20 observations. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 100.) — O'SULLIVAN. 3 cas d'hystérectomie totale. (*Australas. med. Gaz.*, nov.) — GOTTSCHALK. Blessure de l'intestin dans l'hystérectomie vaginale. (*Zeit. f. Geburstsh.*, XXXIV, p. 323.) — BALDWIN. Traitement du moignon pour prévenir les adhérences. (*Americ. j. of obst.*, nov.) — STUART. Procidence utérine, allongement du col, grossesse. (*Ibid.*, nov.) — MONOD. Massage et troubles urinaires liés aux déviations utérines. (*Ann. policlin. Bordeaux*, nov., et *Arch. de gyn.*, sept.) — PICHEVIN. Des indications des tiges intrautérines. (*J. de méd. Paris*, 20 déc.) — A. MARTIN et BRÉE. Rétroflexion d'utérus gravide et prolapsus vésical rétroutérin. (*Normandie méd.*, 15 juin.) — GOBBELS. Du renversement de la matrice et de sa réduction, appareil réducteur. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, X, p. 910.) — PERSIN. Du traitement conservateur de l'inversion chronique de l'utérus. (*Thèse de Montpellier.*) — STEINTHAL. Traitement chirurgical de la rétroflexion utérine; l'opération d'Alexander-Adam. (*Deut. med. Woch.*, 26 nov.) — BONNET. Du traitement des rétrodéviations utérines. (*Ann. de gyn.*, déc.) — EDEBOHLS. Raccourcissement des ligaments ronds. (*Ibid.*, déc.) — ABBE. La

fixation des ligaments ronds. (*Ann. of surg.*, déc.) — Wertheim. Du raccourcissement des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés par la céliotomie vaginale antérieure. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 juill.) — Sippel. Des opérations de fixation de l'utérus. (*Cent. f. Gyn.*, 21 nov.) — Ross. Fixation de l'utérus non nécessaire. (*Amer. J. of Obst.*, déc.) — Lehmann. Les indications pour le traitement des flexions utérines. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 5 déc.) — Richelot. Sur le traitement des prolapsus génitaux. (*Ann. de Gyn.*, nov.) — Kelly. Traitement des déplacements de l'utérus en arrière. (*Amer. j. of med. sc.*, déc.) — Wertheim. Rétraction des ligaments ronds et utéro-sacrés par la céliotomie vaginale antérieure. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXV, p. 127.) — Condamin. Hystéropexie abdominale dans le traitement des rétrodéviations adhérentes. (*Province méd.*, 31 oct.) — Brose. Hystéropexie abdominale; suppuration des fils en boyaux de ver à soie; nouvelle laparotomie. (*Berl. klin. Woch.*, p. 592, 29 juin.)—Gottschalk. Préparation de la ventrofixation. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIV, p. 71.) — Mackenrodt. De la vaginofixation. (*Ibid.*, p. 73.)—Kossmann. (*Ibid.*, p. 113.) — Dührssen. De la vaginofixation et de la laparotomie vaginale. (*Ibid.*, p. 152.) — Odebrecht. L'opération de Freund pour le prolapsus utérin. (*Ibid.*, XXXIV, p. 124.) — Milaender. Ventrofixation de l'utérus, grossesse et présentation. (*Ibid.*, XXXIII, p. 464.) — Strassmann. L'accouchement dans la ventrofixation utérine. (*Ibid.*, p. 510.) — Dubar. Fibro-myome lobulé en dégénérescence muqueuse de l'utérus. (*Bull. méd. Nord*, 29 déc.) — Vanverts. Fibrome sous-péritonéal pédiculé de l'utérus et hématocèle rétro-utérine. (*Soc. anat. Paris*, 13 nov.) — Tripier. Fibrome utérin volumineux; kyste ovarique ou utérin. Traitement médical complexe. Guérison. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 nov.) — Heurtaux. Myofibrome de l'utérus à pédicule tordu; ablation, guérison. (*Bull. Acad. de méd.*, 22 déc.) — Vanderlinden et de Buck. 1 cas d'inversion utérine par fibromyome. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, X, p. 888.) — Noble. Élongation hypertrophique du col avec éversion complète du vagin par tumeur fibroïde du col, amputation sus-vaginale du col et inversion vaginale. (*Amer. j. f. obst.*, nov.) — Baker. Fibromes multiples de l'utérus. (*Boston med. Journ.*, 3 déc.) — Winter et Gessner. Inversion de l'utérus par suite de fibromyomes. (*Berl. klin. Woch.*, 13 juill.) — Delaunay. Fibrome sous-péritonéal à pédicule tordu, kyste de l'ovaire. (*Soc. anat. Paris*, 11 déc.) — Palm. 1 cas de cystadénofibromyome du col. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 92.) — Fraikin et Texier. Fibrome utérin. (*J. méd. Bordeaux*, 22 nov.) — Bégouin. Fibromes utérins; kyste ovarien et tumeur gazeuse de l'abdomen. (*Ibid.*, 20 déc.) — Lanelongue. Fibromyome de l'utérus. (*Ibid.*, 20 déc.) — Texier. Fibrome utérin ayant donné lieu à des symptômes de grossesse. (*Ibid.*, 22 nov.) — Hofmeier. Rapport entre les myomes et la stérilité. (*Berl. klin. Woch.*, 26 oct.) — Pujol. Fibromyomes utérins et conception. (*Arch. de gyn.*, sept.) — Van der Veer. Fibromes utérins compliqués de grossesse. (*Med. News*, 12 déc.) — Rosenwasser. 3 cas de fibromes utérins compliqués de grossesse. (*Amer. j. of obst.*, déc.) — Monod. Fibromes utérins et utérus gravide. (*Soc. anat. Paris*, 13 nov.) — Pujol. Des rapports réciproques de la grossesse et de la parturition avec les tumeurs fibreuses de l'utérus. (*Thèse de Montpellier.*) — Binaud. Corps fibreux intrautérins; ablation par morcellement. (*J. méd. Bordeaux*, 1er nov.) — Howitz. Un nouveau traitement des fibromes de la matrice. (*Ann. de gyn.*, déc.) — Mengeaud. Traitement des fibromes utérins par les courants d'induction. (*Nice méd.*, nov.) — Courtade. Technique du traitement électrique des corps fibreux. (*J. des Praticiens*, 15 déc.) — Pellier. Hystérectomie abdominale totale pour fibrome utérin et kyste ovarique. (*France méd.*, 18 déc.) — Edge. Hystérectomie abdominale totale pour fibromyome de l'utérus. (*Birmingham med. review*,

nov.) — Sneguireff. 83 cas de myohystérectomie; procédé de Doyen modifié. (*Monats. f. Geburts.*, IV, 6.) — Gottschalk. Fibromes multiples de l'utérus chez une vierge; hystérectomie vaginale. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 juin.) — Goullioud. Hystérectomie abdominale totale pour fibromes. (*Arch. prov. de chir.*, IV, p. 45.) — Kuestner. Indication et contre-indications de la myomotomie. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 164.) — Blum. Quelle est la meilleure opération pour les myomes? (*Zeit. f. Geburts.*, XXXV, p. 80.) — Winter. Inversion partielle de l'utérus dans les cas de myomes. (*Ibid.*, p. 132.) — V. Chrzanowski. 2 cas d'adhérence secondaire d'un myome sous-muqueux avec la paroi de l'utérus. (*Ibid.*, XXXV, p. 11.) — Veit. De la myomotomie vaginale. (*Ibid.*, XXXIV, p. 109.) — Hansemann. Myome du ligament rond. (*Ibid.*, p. 294.) — Gessner. Myome du ligament de l'ovaire. (*Ibid.*, p. 297.) — Schaeffer. Utérus myomateux et kyste papillaire. (*Ibid.*, p. 347.) — Martin. De l'extirpation de l'utérus myomateux par la céliotomie. (*Ibid.*, XXXIII, p. 486.) — Sneguireff. 83 cas de myomohystérectomie, procédé de Doyen modifié. (*Mon. f. Geburts.*, IV, p. 6.) — Mermet. Structure histologique d'un fibromyome utérin télangiectasique; évolution sarcomateuse, thromboses vasculaires et lésions de dégénérescence. (*Soc. anat. Paris*, 11 déc.) — Lönnberg et Mannheimer. Sur les tumeurs malignes de l'utérus dites sérotinales, consécutives à une grossesse. (*Nordiskt. med. Arkiv*, XXXVIII, n° 28.) — Flesch. Sarcome utérin. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 déc.) — Rosthorn. Cancer médullaire primitif de la trompe. (*Prag. Zeit. f. Heilk.*, XVII, 2.) — Eckardt. 1 cas de carcinome primitif de la trompe. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 183.) — Gebhard. L'adénome malin des glandes du col. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIII, p. 443.) Emanuel. Présence simultanée de carcinome et de sarcome dans le corps utérin. (*Ibid.*. XXXIV, p. 1.) — Gessner. Adénome carcinome utérin. (*Ibid.*, p. 70.) — Knauss et Camerer. Adénome malin kystique du col. (*Ibid.*, p. 446.) — Texier. Epithélioma de l'utérus. (*J. méd. Bordeaux*, 20 déc.) — Durante. Du déciduome malin ou épithéliome ectoplacentaire. (*Rev. méd. Suisse romande*, nov.) — Reinicke. Du sarcome déciduocellulaire. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 105.) — Cock. Déciduome malin, étude microscopique. (*Brit. med. j.*, 26 déc.) — Walker. Le diagnostic précoce du cancer utérin. (*N.-York med. j.*, 26 déc.) — Baecker. Etiologie et traitement du cancer utérin. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 47.) — Johnson. Le traitement du cancer de l'utérus. (*Boston med. Journ.*, 31 déc.) — Kelber. Sur l'action de l'extrait de chélidoine sur le cancer de col utérin. (*Vratch*, 14 nov.) — Dührssen. Du traitement du cancer utérin par l'extrait de chélidoine. (*Deut. med. Woch.*, 3 déc.) — Maurette. Résultats éloignés du traitement palliatif du carcinome utérin inopérable. (*Thèse de Toulouse.*) — Russell. La valeur des opérations dans les récidives ou métastases du cancer utérin. (*Americ. j. of obst.*, déc.) — Chalot. La transplantation systématique des deux uretères et la ligature préventive des deux artères iliaques pour extirpation large du cancer diffus de l'utérus par l'abdomen. (*Arch. de Gyn.*, sept.) — Braun et Weichselbaum. Momification de la main et du tiers inférieur de l'avant-bras droits consécutive à une hystérectomie pour cancer chez une femme de 60 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 450, 18 mai.) — Schuchardt. 23 hystérectomies paravaginales pour cancers : 1 mort. (*Ibid.*, p. 530, 8 juin.) — Gessner. Hystérectomie vaginale pour cancer du corps utérin; mort par infection purulente. (*Ibid.*, 15 juin.) — Dührssen. Hystérectomie vaginale guérie pour rupture utérine. (*Ibid.*, p. 530, 8 juin.) — Roberts. 2 cas de rupture de l'utérus. (*Lancet*, 19 déc.)

V

Vaccin. — Adami. Le centenaire de la vaccination. (*Montreal med. j.*, août.) — Hainiss. Développement de la vaccine en Hongrie. (*Orvosi hetilap*, 39.) — Office vaccinogène central de l'Etat belge. Rapport annuel de la commission administrative sur l'exercice 1895. (*Mouv. hygiénique*, XI, p. 373.) — Peiffer. Les essais de culture de la vaccine depuis 1887. (*Zeit. f. Hyg.*, XXIII, 2.) — Stumpf. Résultats de la vaccination dans le royaume de Bavière pendant l'année 1895. (*Münch. med. Woch.*, 22 déc.) — Mitscha. Les vaccinations dans la Basse-Autriche. (*Hyg. Rundsch.*, 1er déc.) — Freyer. Etat actuel de la question des vaccinations. (*Zeit. f. Hyg.*, XXIII, 2.) — Sacquépée. La flore bactérienne du vaccin. (*Thèse de Lyon*). — Vedeler. Sur le protozoaire de la vaccine. (*Norsk Magazin*, mai.) — Weaver. Contamination bactériologique de la lymphe vaccinale; la glycérine comme bactéricide. (*J. Americ. med. Ass.*, 26 déc.) — Widowitz. Un cas de vaccine généralisée. (*Wiener klin. Woch.*, 17 déc.) — Schaefer. Inflammation phlegmoneuse et suppuration consécutives à la vaccination. (*J. of cutan. dis.*, oct.) — Rowland. L'immunité chez les cobayes. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 206.)

Vagin. — E. Falk. Etat actuel et progrès de la technique des opérations vaginales. (*Ther. Monats.*, oct.) — V. Arx. Procédé d'opération du prolapsus vaginal composant la guérison de la cystocèle. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er juill.) — A. Meyer. Etiologie des atrésies génitales. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIV, p. 456.) — Veit. Hématosalpinx dans les atrésies génitales. (*Ibid.*, p. 533.) — Mackenrodt. De l'extirpation par le cautère du cancer du vagin. (*Ibid.*, XXXIV, p. 130.) — Hollander. Sarcome du vagin et de l'utérus chez une enfant. (*Ibid.*, p. 125.)

Vaisseau. — Duval. Le développement des vaisseaux et l'hématopoièse. (*Rev. scient.*, 24 oct.) — Rabaud. Sur l'origine endodermique des vaisseaux sanguins. (*Soc. de biol.*, 28 nov.) — Salvi. Les gaines communes des vaisseaux. (*Monit. zool. ital.*, VII, p. 24.) — De Grandmaison. L'exagération des réflexes patellaires et le clonus du pied chez les athéromateux. (*Méd. mod.*, 23 déc.) — Sabanejew. De la suture des vaisseaux. (*Arch. de chir. russes*, 4, 1895.)

Varicelle. — Steffen. La doctrine de la varicelle. (*Pediatria*, oct.) — Babeau. Varicelle suivie de variole chez un enfant non vacciné. (*J. de clin. inf.*, 24 déc.) — V. Starck. Hydropisie simple à la suite de la varicelle. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVII, p. 446.)

Variole. — Reynaud. La variole et la vaccine à la Réunion. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.) — Queirel. La variole à Marseille et sa prophylaxie. (*Bull. Acad. de Méd.*, 20 oct.) — Sepet. La variole à Marseille. (*Méd. mod.*, 25 nov.) — Coste. Une petite épidémie de variole à poussées intermittentes, contribution à l'étude des fièvres éruptives dites à rechutes et à récidives. (*Rev. de méd.*, déc.) — Ausset. La variole chez la femme enceinte; son

influence sur la grossesse et le produit de la conception. Recherches sur la transmission héréditaire de l'immunité variolique et vaccinale. (*Bull. méd. Nord*, 27 nov.)

Veine. — Magnanimi. Les modifications de l'échange azoté après qu'on a mis la veine porte en communication avec la veine cave inférieure. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 66.) — Schupfer. Sur les effets qui se produisent dans l'organisme, relativement à l'autointoxication d'origine intestinale, lorsqu'on met la veine porte en communication avec la veine cave inférieure. (*Ibid.*, XXVI, p. 311.) — Achard. Oblitération de la veine cave supérieure. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 oct.) — Thibierge. Sur une forme de périphlébite en plaques pouvant simuler la sclérodermie. (*Ibid.*, 16 oct.) — Northrup. Phlébite errante, lymphangite périphlébitique. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 271.) — Jardine. Phlegmatia alba dolens. (*Glasgow med. j.*, nov.) — Moty. Abcès de la région carotidienne, destruction de la veine jugulaire. (*Gaz. des hôp.*, 8 déc.) — Cornil. Myomes dans les veines du bras. (*Soc. anat. Paris*, 30 oct.) — Herbet. Varicocèle utéro-ovarien. (*Ibid.*, 18 déc.) — Schwartz. De la cure radicale des varices. (*J. des Praticiens*, 21 nov.) — Chatelain. Traitement des varices et des ulcères variqueux par la ligature de la saphène interne. (*Thèse de Genève.*) — Depage. De la pénétration de l'air dans les veines au cours d'une opération chirurgicale. (*Journ. méd. Bruelles*, 19 nov.)

Vessie. — Maget. La vessie de l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Bechterew. Sur les centres de la vessie.(*Obozr. psych.*, août.) — Dragomanoff. Sur le centre cortical de la vessie. (*Thèse de Varsovie.*) — Horton-Smith. Du bacillus proteus urinæ, découvert dans l'urine de malades atteints de cystite. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 210.) — Gilbert et Grenet. Cystite primitive à coli-bacille. (*Soc. de biol.*, 28 nov.) — Jacobs. Vessie irritable chez la femme. (*Arch.de Gyn.*, sept.) — Mainzer. Valeur de la cystoscopie et du cathétérisme des uretères chez la femme. (*Berl. klin. Woch.*, 7 déc.) — Monari. Cystocèle inguinale. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVII, p. 479.) — Petit et Imbert. Sur la cystocèle crurale. (*Gaz. hebd. Paris*, 3 déc.) — Kleinwachter. Prolapsus de la vessie chez la femme. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIV, p. 230.) — Van Imschoot. 3 cas de chirurgie vésicale. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 oct.) — Alberti. Cystostomie sus-pubienne, procédé de Vitzel. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIV, p. 285.) — Stierlin. Technique de la taille haute. (*Deut. Zeit f. Chir.*, XLIV, p. 293.) — Hollander. De la blessure de la vessie dans l'herniotomie. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 oct.) — Freyer. La meilleure méthode d'ablation des volumineux calculs de la vessie. (*Lancet*, 12 déc.) — Paulin. La maladie de la pierre dans les anciens duchés de Lorraine et de Bar. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 déc.) — Harrison. Des calculs vésicaux. (*Med. Record*, 19 déc.) — Mackenrodt. Calcul vésical sur un fil de suture. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXV, p. 302.) — Hendley. Calcul vésical, lithotomie avec litholapaxie. (*Brit. med. j.*, 19 déc.) — Brentano. Calcul phosphatique énorme, 86 grammes, développé autour d'une épingle à cheveux, jeune fille de 16 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 juill.) — Forbes. Litholapaxie ; enlèvement, hors de la vessie d'un homme de 30 ans, d'un rameau de saule de 17 centimètres de longueur. (*J. Americ. med. Ass.*, 28 nov.) — Michel. Cathétérisme rétrograde. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 nov.) — Ssalistschew. Des hernies de la vessie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 135.) — Seefish. 3 cas de plaies de l'appareil uro-génital, plaie du rein, rupture du rein et plaie de la vessie. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 août.) — Byan. Rupture intra péritonéale de la vessie, guérison. (*Australas. med. Gaz.*, 20 nov.) — Bond et Tubby. Rupture

extra-péritonéale de la vessie, taille sus-pubienne, guérison. (*Lancet*, 12 déc.) — Russell. Cas de rupture extra-péritonéale de la vessie. (*Berlin klin. Woch.*, 31 août.) — Buard et Fraikin. Exstrophie de la vessie. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 nov.) — Finck. Du traitement du cancer de la vessie chez l'homme. (*Thèse de Lyon.*)

Vin. — Masure. Recherche sur les bons vins naturels. (In-8°, 345 p., *Orléans.*) — Magalhaes. Recherches du caramel dans le vin, confusion possible avec les couleurs dérivées de la houille. (*Acad. des sc.*, 23 nov.)

Vomissement. — Liell. Le réflexe nauséeux et les vomissements de la grossesse. (*Amer. med. surg. Bull.*, 21 nov.) — Daclin. De l'avortement brusqué par le curetage dans les vomissements incoercibles de la grossesse. (*Thèse de Lyon.*) — Schwab. Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. (*Presse méd.*, 16 déc.)

X-Z

Xanthome. — Colombini. Pentosurie et xanthome des diabétiques. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 129.)

Xeroderma. — Graf. Du xeroderma pigmentosum de Kaposi. (*Arch. f. klin. Chir.*, LVI, p. 172.)

Zona. — Taylor. Zona suivi de parylysie des muscles abdominaux. (*Guy's hosp. Rep.*, LII, p. 37.) — Ohmann Dumesnil. Traitement du zona. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 19 déc.)

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **Masson et Cie**, boulevard Saint-Germain, 120.

Manuel de pathologie interne, par G. Dieulafoy, professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. 10e édition, revue et augmentée. (4 volumes in-16 diamant, avec figures en noir et en couleurs, cartonnés à l'anglaise, tranches rouges.) — Prix : 28 francs.

Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par le Dr Gaston Lyon, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. 2e édition, revue et augmentée. (Un volume grand in-8° de 1154 pages.) — Prix : 15 francs.

Traité des maladies de l'enfance, publié sous la direction de MM. J. Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades; J. Comby, medecin de l'hôpital des Enfants-Malades et A.-B. Marfan, agrégé, médecin des hôpitaux. (5 volumes grand in-8° avec figures dans le texte, en souscription.) — Prix : 90 francs.

Le *Traité des maladies de l'enfance* sera publié en 5 volumes qui paraîtront à des intervalles rapprochés. Chaque volume sera vendu séparément, et le prix en sera fixé selon l'étendue des matières.

Tomes I et II. (Un volume in-8° de xvi-816 pages.) — Prix : 18 francs.

Thérapeutique chirurgicale du goitre : Anatomie chirurgicale, normale et pathologique ; thyroïdectomie partielle, énucléations, exothyropexie, par Léon Bérard, ex-interne, lauréat des hôpitaux de Lyon, prosecteur à la Faculté de Lyon. Préface de M. le professeur Poncet. (Un volume in-8° de xvi-492 pages avec 8 figures et 5 planches hors texte.) — Prix : 6 francs.

Poisons des tissus, par A. Charrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, assistant au Collège de France, vice-président de la Societé de biologie. (Un volume petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*.) — Prix : 2 fr. 50.

Étude sur l'aspergillose chez les animaux et chez l'homme, par le Dr L. Rénon, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de la Faculté, de l'Académie de médecine et de l'Institut, membre de la Société de biologie. Préface de M. le professeur Dieulafoy. (Un volume in-8° avec figures dans le texte.) — Prix : 5 francs.

Bibliothèque d'hygiène thérapeutique, dirigée par le professeur Proust,

membre de l'Académie de médecine. Deux nouveaux volumes parus. Chaque volume in-16, cartonné toile, tranches rouges : 4 francs.

L'hygiène de l'obèse, par A. Proust, médecin de l'Hôtel-Dieu et A. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral. (xxiv-344 pages.)

L'hygiène du syphilitique, par H. Bourges, ancien interne des hôpitaux et de la clinique dermatologique de la Faculté de médecine de Paris, préparateur du laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine. (xxiv-294 pages.)

Manuel technique de massage, par le Dr J. Brousses, médecin-major de 1re classe, ex-répétiteur de pathologie chirurgicale à l'École du service de santé militaire. 2e édition, revue et augmentée, avec 56 figures dans le texte. (Un volume in-16, cartonné.) — Prix : 4 francs.

Recherches sur les causes des mouvements du cœur, sur son innervation et son indépendance motrice, par le Dr Léon Germe, ancien professeur à l'École de médecine d'Arras, membre correspondant de la Société de médecine de Paris. (Un volume in-8° avec 14 planches hors texte.) — Prix : 7 francs.

La bactéridie charbonneuse : assimilation, variation, sélection, par Félix Le Dantec, ancien élève de l'École normale supérieure, docteur ès sciences. (Peit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*.) — Prix : broché, 2 fr. 50 ; cartonné, 3 francs.

Librairie **O. Doin**, 8, place de l'Odéon, Paris.

Femmes en couches et nouveau-nés ; recherches cliniques et expérimentales, par le Dr Pierre Budin, accoucheur en chef de la Maternité, professeur agrégé à la Faculté, membre de l'Académie de médecine. (Un volume in-8° de 616 pages contenant 146 figures dans le texte et 7 planches en couleur.) — Prix : 14 francs.

Essais de pathologie et d'épidémiologie rationnelles. — Des origines épidémiques considérées au point de vue bactériologique et philosophique, par le Dr H. Boucher, licencié en droit. (Un volume in-8° de 240 pages.) — Prix : 3 fr. 50.

Leçons de clinique médicale ; psychoses et affections nerveuses, par Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. (Un volume in-8° de 451 pages avec 52 figures dans le texte.) — Prix : 9 francs.

Librairie **J.-B. Baillière** et fils, rue Hautefeuille, 19, Paris.

Cours de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris : La pendaison ; la strangulation ; la suffocation ; la submersion, par le professeur P. Brouardel. (Un volume in-8°, 584 pages, avec 3 planches et 43 figures.) — Prix : 12 francs.

Librairie **Maloine**, place et rue de l'École-de-Médecine, 21-23-25, et boulevard Saint-Germain, 91, Paris.

Traité de kinésithérapie gynécologique (massage et gymnastique) ; nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes, par H. Stapfer, ancien chef de clinique obstétricale et gynécologique de la Faculté de Paris, chargé de mission en Suède pour l'étude du traitement de Brandt (1891). Préface de A. Pinard, professeur à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine. (Un volume in-8°, avec 224 figures et le portrait de Brandt.) — Prix : 12 francs.

Traité pratique des maladies vénériennes : Affections blennorragiques, ulcérations vénériennes non syphilitiques, affections paravénériennes, par le Dr Berdal, médecin de consultation à l'hôpital Saint-Louis. Préface du Dr Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis. (In-8°, 1897, avec figures et planches.) — Prix : 10 francs ; net, 9 francs.

Georg, Genève.

Travaux du laboratoire de thérapeutique expérimentale de l'Université de Genève, dirigé par J.-L. Prevost. (III, année 1896.)

T. et **A. Constable**, Edimbourg.

Atlas of clinical medicine, by Byrom Bramwell. (Vol. III, part. III.)

Bondi, Palerme.

L'etiologia della glicosuria; studi sul diabete zuccherino, pel Dr G. Diliberto.

Cervantes, Santiago.

El latrodectus formidabilis de Chile, par F. Puga Borne, profesor de higiene. (Un volume de 600 pages.)

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 2.4.97.

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

BRITISH MEDICAL
LIBRARY
ASSOCIATION